

Janine Gerlach, Vivien Jendreyeck, Tobias Leidig

Krankenpflege im Spannungsfeld politischer Strukturen - Von den „dunklen Jahren der Krankenpflege“ zur mündigen Berufsgruppe

Die ‚Euthanasie‘-Aktionen unter Beteiligung der Krankenpflege und die postnationalsozialistische Entwicklung von Reflexion und Profession

1. Auflage 2017

Transfertexte Theorie + Praxis – Schriftenreihe der EHB

Band 4

Selbstverlag Evangelische Hochschule Berlin (EHB) In Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin

Umschlaggestaltung: Eva Weyer. Foto: Pierre-Yves Dalka.

Vorwort zur Schriftenreihe

Abschlussarbeiten, ob Diplom-, Bachelor- oder Masterarbeiten, beinhalten ein hohes Potential für den Austausch zwischen Hochschule und Praxis, sie bilden seit jeher eine wichtige Schnittstelle zwischen Studium und beruflichem Einstieg. Viele Studierende finden in dem Handlungsfeld eine Arbeitsstelle, das sie in ihrer Abschlussarbeit behandelt haben. Die Abschlussarbeit ist hier eine wichtige Referenz. Aber bereits im Vorfeld zeigt sich, dass die im Studium gesammelten praktischen Erfahrungen häufig die Wahl des Themas mitbestimmen. Die Studierenden stoßen in der Arbeit auf Handlungsbedarf, auf Schnittstellenprobleme in der Hilfeversorgung, sie entwickeln Ideen für neue Handlungskonzepte, werfen Fragen zu Wirkung und Erfolg in den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsberufen auf, analysieren Effektivität und Effizienz des fachlichen Handelns etc. Sie formulieren hieraus eine Fragestellung, der sie in ihrer Abschlussarbeit, meist in Form einer empirischen Untersuchung, nachgehen und stellen allein dadurch einen hohen Praxisbezug her. Es entstehen mitunter sehr schöne Arbeiten, die mit ihren kritischen Analysen, Handlungsempfehlungen, Konzeptionen und Modellentwürfen für die Praktiker lesenswert wären – allein: ein systematischer Zugang für einen breiten Leser_innen- und Interessent_innenkreis fehlt. In der Regel wird die Arbeit lediglich an die beteiligten Träger und sozialen Dienste weitergereicht, die beispielsweise bei der Vermittlung von Interviewpartner_innen, Mitarbeiter_innen oder Klient_innen, behilflich waren. Daraus lässt sich die berechtigte Frage ableiten: Wie kann verhindert werden, dass diese Arbeiten häufig ungelesen, unbeachtet „in der Schublade verschwinden“, oder wie können diese nützlichen Arbeiten der Praxis zugänglich gemacht werden? Genau hier liegt der Ansatzpunkt für diese, von der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) in Kooperation mit der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin (LIGA) vorgelegte Schriftenreihe, die besonders gelungene und praxisrelevante Abschlussarbeiten als „Handreichungen für die Praxis“ publiziert. Gleichzeitig wird mit dieser Reihe die Förderung des Austausches mit der Praxis abgestrebt. Die Verantwortlichen setzen auf Impulse aus der Praxis, die aktiv auf einen aktuellen Forschungsbedarf und auf Schlüsselthemen hinweisen und gegebenenfalls auf die Bereitschaft einzelner Träger, die Abschlussarbeit in Kooperation mit der eigenen Praxiseinrichtung zu ermöglichen.

Prof. em. Dr. Brigitte Wießmeier

(Projektinitiatorin, emeritierte Professorin für Soziale Arbeit an der EHB)

Wie ein erfahrener Praktiker der Sozialarbeit einmal sagte, richten sich die Lebenslagen von Menschen nicht nach den Sozialgesetzbüchern. Vielmehr müssten sich diese nach den Lebenslagen der Menschen richten! So ähnlich ist es auch mit der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis. Die Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit und verwandter Sozial- und Gesundheitsberufe werden weiterentwickelt. Dabei sind veränderte gesellschaftliche Problemlagen, aber auch neue gesellschaftliche Zielvorstellungen häufig der Anstoß. Die Sozial- und Gesundheitsberufe müssen sich

methodisch und theoretisch immer wieder auf neue Herausforderungen und Handlungsfelder einlassen. Der LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe möchte das Vorhaben der Evangelischen Hochschule unterstützen, Abschlussarbeiten von Studierenden für einen besseren Austausch zwischen den Reflexionen und Praxisprojekten der Hochschule und den Alltagsfragen der Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitsbereich zu machen. Die zum Teil anspruchsvollen und inhaltsreichen Abschlussarbeiten verdienen es, in der Fachöffentlichkeit diskutiert zu werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu Berlin unterstützen dieses Vorhaben gerne.

Reinald Purmann

(LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe)

Vorwort zu dieser Abschlussarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Sommersemester 2015 für den Studiengang Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin angenommen. Das Interesse der Autor_innen Frau Gerlach, Frau Jendreyeck und Herr Leidig für das Thema Krankenpflege im Spannungsfeld politischer Strukturen - Von den „dunklen Jahren der Krankenpflege“ (Die ‚Euthanasie‘-Aktionen unter Beteiligung der Krankenpflege und die postnationalistische Entwicklung von Reflexion und Profession) verweist auf eine ausgeprägte gesellschaftspolitisch motivierte Fragestellung, der sich die die Autor_innen mit ihrer Forschung gestellt haben.

Die Voraussetzung für die in dieser Arbeit formulierten Gedanken ist die differenzierte Betrachtung der Umdeutung des Fürsorgebegriffs im Kontext der NS-Ideologie. Die Darstellung des Paradigmenwechsels im Verständnis des Fürsorgebegriffs verweist dabei direkt auf die diskursanalytische Betrachtung.

Das Herzstück dieser Arbeit bildet die Aufarbeitung von zwei Vernehmungsprotokollen, hier bewältigen die Autor_innen nicht nur überzeugend die besonderen Anforderungen, die an diesen spezifischen Datenkorpus gestellt werden, sondern schaffen es auch durch die sorgfältige diskursanalytische Bearbeitung der Zeugenaussagen Erdmann und Glaser eine überragende Deutungsleistung vorzulegen, die über vorhandene Analysen in diesem Themenfeld hinausweist. Die im Berufsfeld Pflege relevanten „Selbstschutz“-Kategorien Mitleid, Hierarchie und Gewissenskonflikte werden überzeugend eingeführt, begründet und angewendet. Höchst bedeutsam ist, dass sie hinsichtlich ihrer „Zeitlosigkeit“ eine hervorragende Möglichkeit zur Einbringung des „historischen Arguments“ auch in aktuelle Ethik-Debatten bieten.

Die aufrührende Erkenntnis, die aus der Bearbeitung der Vernehmungsprotokolle und des dazugehörigen Kontextes für die Autor_innen folgt ist, dass eine realistische Chance bestand für die Schwestern, die während des Nationalsozialismus in der Pflege tätig waren, eine verweigernde Haltung einzunehmen. Sie hätten die Selektionen und die damit verbundene Einteilung in ‚lebenswert‘ und ‚lebensunwert‘ nicht vornehmen müssen.

Die Arbeit von Frau Gerlach, Frau Jendreyeck und Herrn Leidig ist für Pflegende in der Berufspraxis ebenso wertvoll wie für verantwortliche (Leitungs-)Personen in Praxis- und Bildungseinrichtungen. Ein ethisches Bewusstsein und eine reflektierte Haltung, in welchem historischen Kontext der eigene Beruf steht, ist elementar wichtig um verantwortungsbewusst handeln und entscheiden zu können.

In diesem Sinne wünsche ich den Autor_innen, dass ihre Arbeit für viele Menschen Anregung und Diskussionsanlass bietet, sich für das gesellschaftspolitische Bewusstsein Pflegender aktuell und zukünftig zu engagieren.

Dr. phil. Dagmar Kubanski

(Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Bachelor of Nursing an der EHB)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	8
1.1 Ziele der Arbeit.....	10
1.2 Forschungsfragen.....	12
1.3 Aufbau und inhaltliche Struktur der Arbeit.....	13
1.4 Methodischer Ansatz – Vorgehen einer diskursanalytischen Betrachtung.....	16
2 Die Krankenpflegeentwicklung bis 1933 – ‚Liebestätigkeit‘ versus Lohnarbeit.....	20
2.1 Krankenpflege an der Wende zum Zwanzigsten Jahrhundert.....	22
2.1.1 Das zeitgenössische Frauenideal.....	23
2.1.2 Das Arbeitsfeld Krankenpflege.....	24
2.1.3 Medizin für die Männer, Pflege für die Frauen?.....	29
2.2 Krankenpflege im Wertesystem der Weimarer Republik.....	30
3 Die Neuordnung des Pflegeberufs im nationalsozialistischen Deutschland.....	31
3.1 Sozialdarwinismus, Eugenik und Rassenhygiene als nationalsozialistische Weltanschauung.....	40
3.2 Gesetzesänderung in der Krankenpflege als Ausdruck nationalsozialistischer Ideologie.....	45
3.2.1 Aufbau und ideologische Inhalte der Krankenpflegeausbildung.....	47
3.2.2 Erb- und Rassenpflege nach dem Krankenpflegebuch von 1943.....	52
3.2.3 Die NS-Schwestern als Trägerinnen nationalsozialistischer Ideale.....	57
3.3 Der Fürsorgebegriff im Paradigmenwechsel der NS-Ideologie.....	63
4. Die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ - ‚Euthanasie‘ als Euphemismus für systematisches Morden.....	67
4.1 ‚Euthanasie‘-Programme am Beispiel der „Aktion T4“ und dezentrale ‚Euthanasie‘.....	70
4.2 Die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde als exemplarische Darstellung für Krankenmord.....	78
4.3 Die Pflegenden der Anstalt Meseritz-Obrawalde und deren Umgang mit Verantwortung.....	83
4.3.1 Darstellung einer diskursanalytischen Auseinandersetzung mittels der Zeugenaussagen von Luise Erdmann und Anna Gastler.....	88
4.3.2 Gegenüberstellung von den Ergebnissen der diskursanalytischen Betrachtung und derer aus der studentischen Projektarbeit unter dem Titel „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“.....	123
5. Die historische Entwicklung der Krankenpflege nach 1945.....	127
5.1 Reformierung der Arbeitsorganisation.....	141
5.2 Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege.....	145
5.3 Ethik als Disziplin der Krankenpflege – Fürsorge als ethisches Prinzip.....	148
6 Zusammenfassung und Diskussion.....	162

Abkürzungsverzeichnis.....	165
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	167
Literaturverzeichnis.....	168

1. Einleitung

Man muss beim Irrtum ansetzen und ihn in die Wahrheit überführen. Das heißt man muss die Quelle des Irrtums aufdecken, sonst nützt uns das Hören der Wahrheit nichts. Sie kann nicht eindringen, wenn etwas anderes ihren Platz einnimmt.
Ludwig Wittgenstein¹

Mit dem folgenden Zitat von Hilde Steppe möchten wir einen Einstieg in unsere Bachelorarbeit finden, die einen Beitrag zur kritischen Aufarbeitung der Geschichte der Krankenpflege leisten soll. Steppe gilt auf diesem Gebiet als eine Pionierin und erscheint deswegen besonders geeignet, um den Werdegang der Krankenpflege im Nationalsozialismus zu skizzieren.

„Die Geschichte der deutschen Krankenpflege im Nationalsozialismus ist weder ein Heldenepos noch eine Geschichte unschuldiger Opfer, sie enthält auf schreckliche Weise beide Anteile und sie zeigt den endgültigen Verlust der Unschuld eines humanitären Berufs unter den Bedingungen einer Diktatur.“ (Steppe, 2001, S. 9)

Aus der Geschichte lernen, alte Fehler nicht wiederholen. Diese beiden Aspekte werden häufig im Zusammenhang mit nationalsozialistischer Geschichte genannt und doch erscheint die Aufarbeitung an den Verbrechen dieser Zeit, insbesondere im Berufsfeld Krankenpflege, bisher nicht ausreichend gelungen.

Ein Besuch der Ausstellung totgeschwiegen e. V. in den Räumlichkeiten der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Wittenau führte uns erstmals vor Augen, wie wenig wir uns bisher mit der historischen Entwicklung unseres Berufes befasst hatten. Die Konfrontation mit dem ausgestellten Material warf einige Fragen auf:

Welche Rolle nahm die eigene Berufsgruppe bei den Morden von Menschen mit Behinderungen und psychiatrischen Erkrankungen im Nationalsozialismus ein? Welche Verantwortung kann der Krankenpflege hier zugeschrieben werden?

Im Zuge erster Recherchen zum Thema Krankenpflege im Nationalsozialismus wurde deutlich, dass die Pflege neben der Medizin, der Rechtswissenschaft sowie der Pädagogik als eine der großen Berufsgruppen genannt wird, welche den nationalsozialistischen Lehren unterstellt war (vgl. Kruse, 1995, S. 111). Nicht zuletzt war die Pflege aber auch an fast allen gesundheitspolitischen Prozessen des Dritten Reiches beteiligt (vgl. Steppe, 2013, S. 78). Daraus schlossen wir, dass Krankenpflege stets als Teil eines politischen Systems betrachtet werden muss und sich in diesem Zusammenhang auch für verschiedene Interessen instrumentalisieren lässt.

Aus dieser Betrachtung heraus ergab sich das Bestreben, die Rolle der Krankenschwestern während der nationalsozialistischen Schreckensdiktatur und ihren Anteil an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu ergründen.

Die Frage der Schuld oder Unschuld bleibt dabei bewusst unberührt, stattdessen sollen die multifaktoriellen Ursachenzusammenhänge, die die Frauen zu späteren ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7)² werden ließen, herausgearbeitet werden. Die beispielhafte Darstellung der unmenschlichen Verbrechen dient dabei nicht dazu, die Leser zu schockieren, vielmehr sollen Zusammenhänge

1 Das Zitat von Wittgenstein wurde der Veröffentlichung von Hjördis Nerheim (2001, S. 8) entnommen.

verdeutlicht werden, die dazu beitrugen, dass sich ein Teil der Pflegenden an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit beteiligte.

Zugleich möchten wir uns mit der Erarbeitung der Ursachenzusammenhänge von einer vorschnellen innerlichen Verurteilung der Täterschwestern distanzieren.

Demgegenüber soll auch das Verständnis von Verantwortungsübernahme eingehender betrachtet werden, da es damals wie heute zwingender Bestandteil pflegerischen Handelns ist. Im Zusammenhang mit der Berufsausübung sollen somit auch nachfolgende Generationen für die bestehende Verantwortung im Krankenpflegeberuf sensibilisiert werden.

Das Zitat einer beruflich Pflegenden bot hier Anstoß zum Nachdenken:

„Kolleginnen und Kollegen haben tausende von Menschen auf Anordnung von Ärzten umgebracht, um sie von ihrem Leiden zu erlösen‘. Ich hätte sie gerne als unmenschliche Bestien abgetan. Aber wie sieht es denn heute aus? Wie oft habe ich eine Medizin und Technik unterstützt, die Kranke häufig mehr quält als sie gesund zu machen? Wie oft habe ich mich auf die Institution Krankenhaus zurückgezogen, anstatt die Bedürfnisse und Forderungen der Patienten, Kollegen und meine selbst zu unterstützen? Ich habe noch nicht genug Selbstbewußtsein, noch nicht die Angst vor den sogenannten Konsequenzen verloren; und sei es ‚nur‘ der Verlust von Sympathien oder gar Anerkennung der Kollegen.“ (Fischer, 1984, S. 9)

Die hier gemachten Aussagen verdeutlichen, dass der Pflegeberuf auch gegenwärtig die Aufarbeitung historischer Geschehnisse erfordert, um eine kritische Auseinandersetzung zu gewährleisten.

Zuletzt soll die Darstellung der Entwicklung des Berufes Krankenpflege die fortschreitende Emanzipation aus aktueller Sicht in den Blick nehmen.

Die professionelle Pflegetätigkeit definiert sich nunmehr als „eigenverantwortliche[n] Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings).“ (International Council of Nurses, 1953, o. S.).

Für Absolventen und Absolventinnen eines akademischen Pflegestudienganges erscheinen diese Worte selbstverständlich, allerdings wird vor allem im Austausch mit berufserfahrenen Kollegen und Kolleginnen deutlich, dass diese Beschreibung das Ziel einer Entwicklung ist, welche in vielen Bereichen noch nicht abgeschlossen ist.

2 Der Begriff ‚Täterinnen‘ wird ausschließlich bei erster Nennung mit dem Kurzverweis (Kompisch, 2008, S. 7) versehen. Um die angenehme Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im weiteren Verlauf auf den Kurzbeleg im Text verzichtet mit dem Hinweis, dass weitere Anwendungen sich stets auf die benannte Quelle beziehen.

1.1 Ziele der Arbeit

Die Auseinandersetzung mit den nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘³-Programmen, die im Rahmen der damaligen Wohlfahrtspolitik unter Mitwirkung des pflegerischen Berufsstandes geschahen, ist ein besonderes Charakteristikum unserer Arbeit. Dabei zielt die Betrachtung aus psychologisch-soziologischem Blickwinkel auf die Beständigkeit von zentralen, der Pflege zugesprochener Begriffe wie Fürsorge und Verantwortung ab. Doch gerade hinsichtlich der Fürsorge soll ersichtlich werden, welchen sowohl inhaltlichen Wandel jene pflegerische Eigenschaft vollzieht als auch welche Dynamik selbst in der Rollenbildung der Pflege liegt. So wird anhand dreier Ebenen die Entwicklung der Pflege rekonstruiert: Die konfessionsgebundene Berufung der ‚Liebestätigkeit‘ (Rübenstahl, 1994, S. 15) in der Weimarer Republik verlor sich mit der ideologischen Gleichschaltung der Pflege in der nationalsozialistischen ‚Wohlfühldiktatur‘ (Aly, 2005, S. 56) und agierte somit als ausführendes Organ für die nationale und soziale Homogenität, um schließlich in der modernen Pflegedebatte eigenen Professionalisierungsbestrebungen nachzugehen.

Die Rekonstruktion der Pflegelandschaft – beginnend mit dem 20. Jahrhundert bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs – umreißt die bewegliche Mentalität der Pflege. Ihre Architektur formt sich bis heute maßgeblich in Abhängigkeit der vorherrschenden sozialpolitischen Strukturen und Interessen. Dies darzustellen, dient als Vorbereitung für die spätere Betrachtung zweier Krankenschwestern, welche innerhalb der ‚Euthanasie‘-Aktionen tätig waren, mit dem vornehmlichen Ziel, spezifische zeitgebundene Merkmale einzuordnen.

Der nachfolgenden interpretativen Auseinandersetzung unter zu Hilfenahme von diskursanalytischen Elementen obliegt es aus den uns vorliegenden Unterlagen zum ‚Euthanasie‘-Prozess von 1965, die verantwortlichen Indikatoren aufzuzeigen. Dabei lässt sich das leitende Motiv an intrinsischen wie auch extrinsischen Begebenheiten darstellen.

Darauf aufbauend soll eine erweiterte Untersuchung zu der bereits bestehenden studentischen Projektarbeit „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ vorgenommen werden. Eine Zusammenführung eigener Resultate mit denen der Projektgruppe lässt Hintergründe zum handlungsleitenden Motiv über das methodischanalytische Vorgehen erkennbar werden.

Der Übergang in den heutigen Berufsstand der Pflege zeigt den Wandel der pflegerischen Positionierung anhand von Professionalisierungsphänomenen im Bereich ethischer Problemstellungen sowie die Erlangung beruflicher Mündigkeit. Die Neuausrichtung der Berufsgruppe soll die fortwährende Dynamik aufzeigen. Die heutige Verantwortung zur Aufarbeitung historischer Geschehnisse bedeutet für jede Pflegeangehörige und jeden -angehörigen, sich berufsethisch zu sensibilisieren und das Streben nach Reflexion und eigener beruflicher

3 „Der Mord an Kranken und Behinderten, schönfärberisch ‚Euthanasie‘ genannt, [...]“ (Klee, 2010, S. 15) wird in der vorliegenden Arbeit durchweg in einfache Anführungszeichen gesetzt, um sich von dieser ideologisch aufgeladenen Begrifflichkeit zu distanzieren. Daraus folgt die Abgrenzung der ‚Euthanasie‘ als Euphemismus des Nationalsozialismus. Die gegenwärtig bewusst gewollte Unterstützung zur Lebensbeendigung in Ländern wie Niederlande, Belgien und der Schweiz muss daher zwingend begrifflich zur NS-‚Euthanasie‘ unterschieden werden. Für den Gebrauch des Begriffs im fortlaufenden Text kann der oben genannte Kurzbeleg nach Klee geltend gemacht werden.

Positionierung zu verfeinern. Die Vielfalt ethischer Problemstellungen, hervorgerufen durch zunehmenden medizinischen Fortschritt, erfordert für alle beteiligten Professionen eine fortwährende Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln.

1.2 Forschungsfragen

1. Welche Bedeutung hatte die NS-Ideologie bei der Rollenfindung von Krankenschwestern im Dritten Reich?
2. Welche Rolle nahm das Krankenpflegepersonal innerhalb der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘-Aktionen ein? Welche leitenden Motive lassen sich dabei in der diskursiven Betrachtung zusammenhängend mit dem Verantwortungsbewusstsein bestimmen?
3. Welche Perspektiven eröffnen sich für den pflegerischen Berufsstand nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes?

Die Vorstellung der Forschungsfragen ist als eine chronologische Auflistung zu verstehen, die sich innerhalb der Arbeit in eben dieser Reihenfolge positioniert. Mittels der thematisch eingegrenzten Fragestellungen sollen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ergründet werden. Die Ausführungen in Kapitel 2 zielen darauf ab, die in Kapitel 3 erkennbaren Verlagerungen pflegerischer Qualitäten im Nationalsozialismus deutlich zu machen. Beide Punkte sollen folglich zur Klärung der ersten Forschungsfrage dienen sowie ein grundlegendes Verständnis für die vorherrschenden Determinanten vermitteln.

Der zunächst rein informative Charakter gewinnt mit der zweiten Frage an wissenschaftlich-analytischem Potential, wobei das Kapitel 4 ausschlaggebend für die diskursive Materialauswertung ist. Mit der Betrachtung der modernen Pflege in Kapitel 5 wird der Perspektivenwechsel zum Gegenstand der abschließenden stringenten Beweisführung hinsichtlich der Notwendigkeit der bereits erwähnten fortwährenden Selbstreflexion.

1.3 Aufbau und inhaltliche Struktur der Arbeit

Der Beginn der Arbeit beschreibt den historischen Kontext des Krankenpflegeberufes in der Weimarer Republik und mündet schließlich in der Erörterung der Krankenpflege im Nationalsozialismus. Für ebendiese Abschnitte wird zu großen Teilen Sekundärliteratur herangezogen. Dies ist der begrenzten Möglichkeit auf Primärliteratur zurückgreifen zu können geschuldet. Die Darstellungen im zweiten, dritten und fünften Kapitel haben daher einen eher deskriptiven Charakter. Es ist ein Anliegen der Arbeit, die genutzte Sekundärliteratur sensibel auf ihre Autoren und der damit verbundenen Aussagen zu prüfen, dies geschieht beispielsweise mit einzelnen Belegzitaten aus Primärliteratur.

Die benannten Kapitel sind von ideologisch aufgeladenen Begriffen geprägt, die der Terminologie des Nationalsozialismus (NS) entspringen. Es soll in der Arbeit herausgestellt werden, dass diese Begriffe mit ihrer Bedeutung die Ideologie der Nationalsozialisten nicht reproduzieren, vielmehr soll anhand der genutzten Wörter ein umfassendes Bild zum Nationalsozialismus entstehen. Um sich dennoch von der Terminologie abzugrenzen und die nationalsozialistische Weltanschauung sichtbar zu machen, werden ideologiegebundene Begriffe in Anführungszeichen gesetzt. Tabelle 2 zeigt die Ausdrücke mit ihren Quellen aus der Bibliographie, der sie entnommen sind.

Im Fließtext werden daher für die aufgelisteten Begriffe keine nachstehenden Belegverweise angegeben. Um den Textfluss nicht zu behindern oder unnötig zu erschweren, sind die aufgelisteten Wörter teilweise geringfügig modifiziert. So werden ihre flexionsmorphologischen Kennzeichen geändert, „die Aufartung des Volkes“ wird beispielsweise zu „das Aufarten des Volkes“. In gleicher Weise werden Begriffe substantiviert: ‚minderwertig‘ wird zu ‚Minderwertige‘. Handelt es sich um einzelne Worte, stehen diese im weiteren Verlauf in einfachen Anführungszeichen. Ebenfalls stehen Namen von Gesetzen in Anführungszeichen. Diese sind wiederum mit einer Fußnote versehen, um den Lesern die Quelle zu offenbaren und das Lesen des Gesetzestextes zu ermöglichen. Durch die häufige Beschreibung von Gruppen, wie etwa ‚Täterinnen‘ oder Nationalsozialisten, soll im Fließtext ein sensibler Umgang mit geschlechtsspezifischen Pronomina und Nomina im Plural stattfinden. Die NS-Führungsschicht bestand, bis auf eine Ausnahme⁴, ausschließlich aus Männern. Ist im Text die Rede von Nationalsozialisten, wird die Führungsebene des NS-Staates angesprochen. Ähnliches gilt für die Nutzung des Wortes ‚Täterinnen‘. Durch die analytische Betrachtung ausschließlich weiblicher Pflegepersonen, wird hier auf das generische Maskulinum verzichtet und lediglich die weibliche Form für ‚Täterinnen‘ genutzt. Für Beschreibungen anderer Gruppen werden im weiteren Verlauf entweder eine weibliche oder eine männliche Form aufgeführt, erkennbar an Patienten und Patientinnen. Ein generisches Neutrum wird gewählt, wenn zum Beispiel die Rede von Arzt und Ärztin ist, so ergibt sich daraus Ärzteschaft.

Neben dem historisch-chronologischen Aufbau der aufeinander folgenden Kapitel dient vor allem der Begriff Fürsorge mit seiner wandelnden Bedeutung in den verschiedenen politischen Systemen als roter Faden. Der Fürsorge-Begriff wird an ausgewählten Stellen als Indikator für die dynamischen Vorstellungen von Pflege und Gesellschaft eingesetzt.

4 Gertrud Scholtz-Klink: ranghöchste Frau des Nazi-Regimes in den Jahren von 1934-1945. Sie bekleidete das Amt der Reichsfrauenführerin, mit der Aufgabe der Integration von Frauen in das NS-System (vgl. Livi, 2009, S. 327 ff.).

Begriff	Quelle	modifizierte Formen
Altreich	Herbst, 1996, S. 272	
Aktion-T4	Kaminsky, 2007, S. 31	
Arierparagrafen	Schweikardt, 2009, S. 134	
arisch	Jäckel, 1991, S. 115 RGBI. I Nr. 37, 1933, S. 19	Arier
Aufartung des Volkes	Christiansen et al., 1943, S. 30	aufarten, Aufartung
Braune bzw. Blaue Schwestern	Kruse, 1995, S.106	
Ballastexistenzen, Menschenhülsen, geistig Tote, Defektmenschen	Klee, 2010, S. 26	
Defektmenschen	Klee, 2010, S. 26	
deutschblütig	Schweikardt, 2009, S. 130	
erbiologisch	Christiansen et al., 1943, S. 15	
Erbpflege	Reichsausschuss für VG., 1943, S. 30	erbpflegerisch, erbideologisch
erbgesund, erbkrank	Reichsausschuss für VG., 1943, S. 13	erbungesund
Erwachseneneuthanasie	Klich & Steppe, 1996, S. 25	
gänzlich Verblödete	Klich & Steppe, 1996, S. 15	
Kindereuthanasie	Klich & Steppe, 1996, S. 24	
lebensunwert	Klich & Steppe, 1996, S. 25 Klee, 2010, S. 30	unwertes Leben, unwerte Menschen, Lebensunwerte
lebensunwürdig	Aly, 1987, S. 13	
minderwertig	Christiansen et al., 1943, S. 14 Lehnert, 2003, S. 179	Minderwertige, Minderwertigenfürsorge
Mischling 1. + 2. Grades	Schweikardt, 2009, S. 130	
missgestaltet	Klich & Steppe, 1996, S. 25	

Begriff	Quelle	modifizierte Formen
Neger, Eskimo, Zigeuner	Reichsausschuss für VG., 1943, S. 74	
positive & negative Auslese	Christiansen et al., 1943, S. 15	
Parteiorganisation	Kruse, 1995, S.106	
Rasse	Christiansen et al., 1943, S. 30	rassisch, rassenideologisch
Rassenhygiene	Herbst, 1996, S. 272	rassenhygienisch
Rassenkunde	Christiansen et al., 1943, S. 30	
Rassenpflege	Christiansen et al., 1943, S. 30	rassenpflegerisch, rassenpolitisch, rassengesetzlich
Volksgemeinschaft	Herbst, 1996, S. 152	
Volksgenossen	Kompisch, 2008, S. 101	
Volksgesundheit	Christiansen et al., 1943, S. 30	
Volkswohlfahrt	Hammerschmidt, 1999, S. 154	

Tabelle 2: Begriffsverzeichnis

1.4 Methodischer Ansatz – Vorgehen einer diskursanalytischen Betrachtung

Der methodische Schwerpunkt der Arbeit zeigt sich in Kapitel 4 in Form einer rekonstruktiven Auseinandersetzung der Vernehmungsniederschriften zweier an der ‚Euthanasie‘ beteiligter Krankenschwestern.

Unmittelbar nach der thematischen Eingrenzung und der Formulierung der zielgerichteten Struktur erschien es im Hinblick auf die gewählten Forschungsfragen sinnvoll, dem methodologischen Pfad einer Diskursanalyse zu folgen. Für das methodologische Verständnis bedarf es zunächst theoriebasierter Hintergrundinformationen.

Die Ursprünge der Systematik einer Diskurstheorie entwickelte Michel Foucault (1926-1984) in seiner philosophischen Veröffentlichung „Die Ordnung der Dinge“ von 1966. Foucault (2003, S. 24 f.) beschrieb sein Vorhaben mit folgenden Worten⁵:

„Es handelt sich eben um eine Untersuchung, in der man sich bemüht festzustellen, von wo aus Erkenntnisse und Theorien möglich gewesen sind, nach welchem Ordnungsraum das Wissen sich konstruiert hat, auf welchem historischen Apriori und im Element welcher Positivität Ideen haben erscheinen, Wissenschaften sich bilden, Erfahrungen sich in Philosophien reflektieren, Rationalitäten sich bilden können, um vielleicht sich bald wieder aufzulösen und zu vergehen [...]. Was wir an den Tag bringen wollen, ist das epistemo-logische Feld, die episteme, in der die Erkenntnisse [...] ihre Positivität eingraben und so eine Geschichte manifestieren, die nicht die ihrer wachsenden Produktion, sondern eher die ihrer Bedingung ist, durch die sie möglich werden.“ (Foucault, 2003, S. 24 f.).

In Frankreich betrachtete Michel Pêcheux seit 1960 in Anlehnung an die Foucaultsche Theorie eine Perspektive, die eine Analyse als systematische und reflektierte Form des Lesens von Diskursen begreift. Sein Ziel war es vor allem, die empirische Herangehensweise voranzutreiben. Die Forschungsergebnisse sollten weniger eigenen Vorurteilen unterworfen sein (vgl. Diaz-Bone, 2006, S. 3).

Seit den 1990er Jahren fasst die soziale Empirie der Diskursanalyse auch in Deutschland Fuß. Das Destillat Foucaultscher Theoreme veranlasste verschiedene Gruppen, Diskurse aus der sozialwissenschaftlichen Perspektive⁶ zu analysieren. Dabei kristallisieren sich zwei wesentliche Bestrebungen für eine vollständige Analyse heraus.

Diaz-Bone (2006, S. 1) benennt diese wie folgt: „(1) den Systemcharakter des Regelsystems in einer diskursiven Formation erfassen und (2) daran anschließend die Tiefenstruktur der diskursiven Formation freilegen.“ (ebd.).

Demnach ist die Diskursanalyse versucht, systematisch die Regelmäßigkeit der Diskurse zu beschreiben. Ein Diskurs meint die Auseinandersetzung mit einem Thema, welches von

5 Originaltitel: „Les Mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines“

6 Wesentliche Gruppen sind: die Gruppe um Jürgen Link – Diskurswerkstatt Bochum, die Gruppe um Siegfried Jäger – Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (DISS), einen Überblick und Einstieg bietet Keller (2004) (vgl. Diaz-Bone, 2006, S. 2).

verschiedenartigen gesellschaftlichen Gruppen getragen wird. Ein Diskurs spiegelt und prägt das Wissen und die Einstellung der Gruppe zu einem entsprechenden Thema und bringt die strukturierte aber noch unsichtbare Praxis ans Tageslicht.

Bereits Gaston Bachelard formulierte 1988 die theoriegeleitete Realitätskonstruktion als Bruch vorhergehender Denkweisen. Diese sogenannte Bruchmetaphorik wurde unter anderem von Pierre Bourdieus Strukturalismus als neues Denkkonzept übernommen.

Die erste Konstruktion nach Bourdieu begreift sich als eine soziale Wirklichkeit, die die soziale Struktur der Lebensstile wiedergibt. Die sogenannten Habitusformen bedingen sich durch die Kapitalformen in ihrer ökonomischen, kulturellen und sozialen Beschaffenheit. Die zweite Konstruktion ist die methodologische Abbildung der ersten Konstruktion. Dabei wird erstere in der Analyse methodisch rekonstruiert. Es wird eine „Landkarte des Sozialen“ (ebd., S. 13) skizziert, die für die Akteure nicht sichtbar ist.

Anhand der besagten Kapitalformen wird das Handeln der Akteure vorbewusst strukturiert (vgl. ebd., S. 12 f.).

Die stark an Foucault angelehnte Diskursanalyse umfasst demnach sieben Schritte.

Wichtig ist zu nennen, dass diese Schrittfolge und der Schritttumfang eine mögliche Variante der Diskursanalyse darstellen und in ihrer Erscheinung weniger absolut sind.

Man kann die Schritte daher auch als Werkzeugkoffer verstehen, aus dem sich bedient werden kann. Keller beschreibt hierbei sieben Handlungsschritte, die an dieser Stelle knapp vorgestellt werden sollen (vgl. Diaz-Bone, 2006, S. 13).

1. Theorieformung: Im ersten Schritt wird als Ausgangspunkt eine sozialwissenschaftliche Fragestellung thematisiert. Dies bedeutet, dass der Bedarf an einem sozialwissenschaftlichen Diskurs vorhanden ist. Institutionen, Denkweisen, Handlungsformen, institutionelle Umgangsformen, Identitäten und Konflikte sowie ähnliche sichtbare soziale Erscheinungsformen können demnach nur im kontextualisierten Zusammenhang gesehen werden (vgl. ebd., S. 13 f.).
2. Sondierungsphase: Hier steht vor allem die Informationsbeschaffung im Vordergrund. Es wird die Struktur des Untersuchungsfeldes ermittelt, dies beinhaltet die Feststellung von Akteuren, Institutionen und Datenbeständen. Die Sammlung von Informationen dient als Grundlage der im nächsten Schritt folgenden provisorischen Korpuserstellung (vgl. ebd., S. 14).
3. Provisorische Korpuserstellung: Durch die Zusammenstellung der Daten und Materialien soll sich theoriegestützt eine einheitliche Wissensordnung herausstellen.
Daraus folgt die Konstruktion eines kohärenten Regelsystems, mit analytischem Blick lassen sich so heuristische Fragen formulieren (vgl. ebd.).
4. Oberflächenanalyse: Die zuvor formulierten heuristischen Fragestellungen stellen den Rahmen für die Analyse der Oberfläche hinsichtlich wiederkehrender Thematisierungen, Problematisierungen und Argumentationen (vgl. ebd., S. 14 f.).
5. Beginn der Rekonstruktion der diskursiven Beziehungen (Interpretative Analytik, 1. Teil): Hierbei geht es um die Interpretation von Regelmäßigkeiten.

-
6. Kohärenzen sowie Widersprüchlichkeiten werden dargelegt. Diese werden wiederum auf Textstellen bezogen, um die Aussagen einer rekursiven Prüfung zu unterziehen. Zu prüfen ist, ob der Datenkorpus ausreicht, um die diskursiven Elemente zu belegen (vgl. ebd., S. 15).

Fertigstellung der Rekonstruktion (Interpretative Analytik, 2. Teil): Ziel dieses Schrittes ist die weitere Vernetzung der Diskurselemente. Es werden fundamentale Widersprüche und mögliche Schemata herausgearbeitet. An dieser Stelle wird geprüft, ob der Diskurs vollständig dargestellt oder ob womöglich Bereiche unzureichend rekonstruiert wurden (vgl. Diaz-Bone, 2006, S. 15)

7. Ergebnisaufbereitung und Rückbezug: Hier werden die herausgearbeiteten Ergebnisse dargestellt. Bei einer vergleichenden Vorgehensweise können nun die Ergebnisse zum Vergleich mit anderem Material herangezogen werden. Rückbezüge zu den Ergebnissen in den Schritten der Theorieformierung und der Sondierungsphase können hinsichtlich der Befunde gezogen werden. Abschließend zu klären ist, in welcher Beziehung die verschiedenen Diskursergebnisse zueinander stehen (vgl. ebd.).

Die in dieser Arbeit vorgenommene inhaltsanalytische Betrachtung erhebt allerdings nicht den Anspruch einer vollständigen Analyse im Sinne einer im Material reflexiv vorgehenden Kopplung von Dekonstruktion und Rekonstruktion. Vielmehr darf es als eine Anlehnung sowohl an die Arbeiten Foucaults als auch an die Heuristik des erweiterten Strukturalismus verstanden werden. Somit ergibt sich im Rahmen der Bachelorarbeit die Notwendigkeit der methodischen Modifizierung. Diese Arbeit versteht sich in ihrer Gesamtheit als diskursanalytische Vertiefung unter Einbezug der vorgestellten sieben Schritte. Dabei ist zu betonen, dass diese flexibel sind und fließend ineinander verlaufen, sodass eine klare Abgrenzung nicht möglich ist.

Im Sinne der Korpuserstellung lässt sich, als methodisches Verfahren für die Aufbereitung der zu Verfügung stehenden Vernehmungsniederschriften, Siegfried Jägers Modifikation zugrunde legen (vgl. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, 2006, o. S.). Jägers ausgearbeitete Methode profiliert sich zum einen durch eine vereinfachte diskursanalytische Betrachtung sowie zum anderen durch konkrete handlungsleitende Schritte zur sachgemäßen Aufbereitung des verwendeten Materials.

Da die Herausstellung einer konkreten Forschungsfrage in dieser Arbeit bereits unter Kapitel 1.2 erfolgt ist, kann im vierten Kapitel direkt mit der Bestimmung des Datenkorpus begonnen werden. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die von Jäger erstgenannten Schritte, Charakterisierung der Diskursebene sowie Erschließen des Materials, bereits über den Verlauf der Arbeit hinweg herausgestellt werden und Kapitel 4 insbesondere Jägers vierten methodischen Punkt, Feinanalyse, abhandelt. Die Eingrenzung der Diskursebene sowie ein erstes Erschließen des Materials sind mit Beginn des vierten Kapitels demnach erfolgt und werden nachfolgend gesondert betrachtet. Die Feinanalyse dient als Vorarbeit für die nachfolgende Interpretation und wird dementsprechend mit größtmöglicher Differenziertheit vorgenommen. Die von Jäger benannten vier grundlegenden Analyseschritte beinhalten den institutionellen Rahmen, die Textoberfläche, sprachlich-rhetorische Mittel und die anschließende Interpretation (vgl. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung, 2006, o. S.). Da das Verfahren in besonderem Maße auf die diskursanalytische Aufarbeitung von Zeitschriftenartikeln spezialisiert ist, werden einige Analyseschritte in der vorliegenden Arbeit modifiziert bzw. entfallen gänzlich. Der mithilfe der Methodik entstehende umfangreiche

Datenkorpus bildet die Grundlage für die sich anschließende Erarbeitung einzelner Kategorien im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage.

2 Die Krankenpflegeentwicklung bis 1933 – ‚Liebestätigkeit‘ versus Lohnarbeit

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Situation der Krankenpflege in Deutschland in der Zeit von 1900-1933, wobei insbesondere das zeitgenössische Frauenbild, die pflegerische Ausbildung sowie die Organisation der Krankenpflege im Fokus stehen werden. Um die spezifischen Veränderungen und neuen Aufgaben der Krankenpflege während der Zeit des Nationalsozialismus nachvollziehen zu können, ist es notwendig, sich den Verlauf und das Ergebnis der Berufsentwicklung der Krankenpflege im vorhergehenden Zeitabschnitt bewusst zu machen.

Dass das Frauenideal in diesem Kapitel unserer Arbeit zentralen Raum erhält, sei der Tatsache geschuldet, dass die Pflege Tätigkeit bereits vor den Weltkriegen weitestgehend in weiblichen Händen war, ein Zustand der bis heute von Bedeutung erscheint (vgl. Prüfer, 1997, S. 11). Der vergleichsweise geringe Anteil von Männern, die in dem untersuchten Zeitabschnitt in der Pflege tätig waren, wird für dieses Kapitel vernachlässigt, stattdessen wird die Krankenpflege als weibliche Domäne skizziert.⁷ Diese Situation scheint unter Berücksichtigung der heutigen Geschlechterzusammensetzung in der Berufsgruppe charakteristisch für das Arbeitsfeld und verdient deswegen eine eingehendere Betrachtung.

Prägende Determinanten für die Zeit von 1900-1918 waren der zunehmend gestiegene Versorgungsbedarf der Gesellschaft sowie der Durchbruch und die Verwissenschaftlichung der Medizin (vgl. Steppe, 2001, S. 34). Beide Entwicklungen erforderten zahlenmäßig mehr sowie besser qualifiziertes Personal im Pflegebereich. Das bisherige ‚Lohnwartepersonal‘ (Prüfer, 1997, S. 29) bestehend aus unausgebildeten Männern und Frauen, meist proletarischer Herkunft, wurde gesellschaftlich verachtet, da diese Pflege als Erwerbstätigkeit ausübten. Die vorhandenen Ordensschwestern, die ihre Arbeit als unentgeltliche ‚Liebestätigkeit‘ (Steppe, 2001, S. 34) leisteten, vermochten jedoch den anhaltenden Patientenzustrom nicht länger allein zu bewältigen.

Aus dieser Notlage heraus entschlossen sich die Gesetzgeber, das Image der Pflege als „dreckiges Geschäft“ (Bischoff, 1994, S. 79) zu verbessern, um zukünftig bürgerliche, besser gebildete Frauen in den Beruf zu locken. Davon wurde sich zum einen erhofft, dass die zunehmend komplexer werdenden Handlungen im Pflegebereich von den gebildeteren Frauen besser bewältigt werden. Zum anderen war ein noch viel wesentlicherer Vorteil ihres Einsatzes aber der Umstand, dass die begonnene Emanzipation der bürgerlichen Frauen so in eine gesellschaftlich akzeptable Richtung gelenkt werden konnte. Konkret bedeutete das, dass christliche Tugenden wie Gehorsam und Aufopferung, ähnlich wie bei den konfessionellen Schwestern, bestehen blieben, es jedoch keine vergleichbare Bindung an Ordensgemeinschaften oder religiöse Procedere gab. Dieser neu entstandene weltliche Schwesterntyp wurde folglich von den kirchlichen Mutterhäusern abgelehnt und unter anderem als unsachlich kritisiert (vgl. Steppe, 2001, S. 35).

Aus dem vorstehend Genannten zeichnet sich bereits ab, dass die Pflege auch schon vor Beginn des Nationalsozialismus als Spielball verschiedener Interessen fungierte, eine gemeinsame Lobby de facto nicht vorhanden war und die Pflege sich um gesellschaftliche Akzeptanz bemühte. Dieser Umstand soll mit der nachfolgenden Schwerpunktsetzung noch weiter verdeutlicht und spezifiziert werden,

7 (vgl. Bischoff, 1994, S. 104): 1909 sind schätzungsweise 80% der Pflegenden weiblich, Männer bilden lediglich einen Anteil von 20%.

außerdem wird im weiteren Verlauf Aufschluss über die Sozialisation der Schwestern gegeben, die nach unserem Kenntnisstand zum Teil auch nach 1933 in der Pflege tätig waren. Als letzten zentralen Punkt sollen die Veränderungen in der Krankenpflege während der Weimarer Republik in den Blick genommen werden.

Da die Krankenpflege nach 1933 im Mittelpunkt unserer Arbeit steht, hat das gesamte Kapitel einen Überblickscharakter. Eine umfassende Darstellung der Geschehnisse ist aufgrund der Begrenztheit dieser Arbeit nicht möglich, des weiteren hat sich während unserer Recherche herausgestellt, dass die Krankenpflege in der Zeit zwischen den Weltkriegen noch kaum literarisch erschlossen ist.

2.1 Krankenpflege an der Wende zum Zwanzigsten Jahrhundert

Wie im vorhergehenden Abschnitt bereits angedeutet, gibt es für die Krankenpflege an der Wende zum zwanzigsten Jahrhundert nur zwei Extreme: barmherzige ‚Liebestätigkeit‘ (Rübenstahl, 1994, S. 15) oder gesellschaftlich verachtete Lohnarbeit. Der Hauptteil der Patienten und Patientinnen in den Krankenhäusern kam aus proletarischen Schichten, vermögende Kranke hingegen ließen sich meist in ihrer eigenen Häuslichkeit behandeln. Dieser Umstand sollte auf Wunsch der sich etablierenden Medizin verändert werden, zukünftig wollte man vermehrt vermögende Pflegebedürftige in die Krankenhäuser locken (vgl. Bischoff, 1994, S. 75). Der Gesetzgeber stand nun vor der Aufgabe, einen gesellschaftlich verachteten Beruf für bürgerliche Frauen attraktiv zu machen, da hier brachliegende Kräfte vermutet wurden. Dabei sollte die in der Gesellschaft vorherrschende Frauenrolle unangetastet bleiben und dem Wunsch der Ärzte nach Fachpersonal, welches uneingeschränkt Weisungen befolgt, entsprochen werden (vgl. ebd., S. 77 ff.). Praktisch wurde die Krankenpflege nun als heiliges Geschäft verkauft, unbezahlbar und als gottgeleiteter Dienst am Menschen. Ebenso wurden in diesem Zuge Frau-Sein und Krankenpflege ideologisch gleichgestellt. Dies bedeutete, dass Haushaltstätigkeiten nun auch auf den öffentlichen Bereich ausgeweitet wurden und das Mutterhaus als Ersatz der patriarchalen Familie verankert wurde (vgl. ebd.). Dies wurde nicht nur von der damaligen patriarchalen Gesellschaft begrüßt, sondern bot den Krankenhausleitungen eine überaus kostengünstige Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen, da eine Bezahlung für die Berufsausübung der Schwestern nicht vorgesehen war (vgl. Prüfer, 1997, S. 29 ff.). Das fachlich qualifizierte Personal in den Krankenhäusern bestand nun entweder aus Mitgliedern der katholischen Ordenspflege, evangelischen Diakonissen, Rotkreuz-Schwestern oder auch aus den sogenannten freien Schwestern. Hierbei handelte es sich um ausgebildete Schwestern, die ihr Mutterhaus verließen, um erwerbstätig in der Pflege zu arbeiten. Diese von der Gesellschaft als „wilde Schwestern“ (Prüfer, 1997, S. 33) diffamierten Berufsgenossen waren einer Vielzahl gesellschaftlicher Anfeindungen ausgesetzt, da ökonomische Unabhängigkeit und somit echte Berufstätigkeit für Frauen gesellschaftlich nicht gewünscht war. Die bisher von katholischen und evangelischen Schwestern geprägte Pflege hatte die christlichen Ideale, wie selbstloses Dienen, als Grundlage für die pflegerische Arbeit in der Gesellschaft verankert, somit schien ein Umdenken hin zu erwerbsmäßiger Pflege undenkbar (vgl. Steppe, 1997, S. 37).

Die ideologische Legitimation, Pflege und Frau-Sein gleichzusetzen, veranlasste die Gesellschaft zu bekräftigen, Hausarbeit und somit auch Pflēgetätigkeit hätten keinen Arbeitscharakter, sondern seien im Wesen der Frau verfestigt (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 38).

An dieser Stelle soll ein kurzer Einblick in die bürgerliche Frauenrolle gegeben werden, um spezifische Wesenszuschreibungen zu identifizieren und Vermutungen zuzulassen, warum sich gebildete bürgerliche Frauen für die eigennützigen Zwecke der verschiedensten berufsfremden Interessen haben instrumentalisieren lassen.

Daran anschließend soll das Arbeitsfeld der Krankenpflege aus diversen Blickwinkeln beleuchtet werden, um ein Bild vom Arbeiten in der Pflege um die Jahrhundertwende zu konstruieren. Das Ende dieses Abschnittes soll einladen, einen Blick auf den Geschlechterdualismus der damaligen Zeit zu werfen, um die Argumentationslinie der Befürworter der Pflege als ‚Frauenberuf‘ (Bischoff, 1994, S. 78) zu vervollständigen.

2.1.1 Das zeitgenössische Frauenideal

Es wäre an dieser Stelle falsch zu behaupten, spezifische Merkmalszuschreibungen für die Geschlechter seien ein Produkt des Kaiserreiches oder der Weimarer Republik. Vielmehr finden sich bereits im 18. Jahrhundert Überlieferungen, welche beiden Geschlechtern spezifische Eigenschaften nachsagen (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 18). Für das von der Öffentlichkeit gewünschte Bild der Frau lässt sich feststellen, dass die eigentlichen Lebensziele zu jeder Zeit mit Ehe, Mutterschaft und Hausfrauendasein benannt wurden. Die berufliche Tätigkeit außerhalb der Familie wurde lediglich als Übergangsphase bis zur Heirat betrachtet (vgl. Prüfer, 1997, S. 40 ff.). Demnach galten Beruf und Ehe als zwei unvereinbare Pole; betroffene Schwestern wurden häufig bereits bei Bekanntgabe ihrer Verlobung aus dem Pflegeberuf ausgeschlossen. Der im ganzen Land vorhandene Frauenüberschuss hatte dazu geführt, dass insbesondere unverheiratete Frauen einer sinnvollen Betätigung nachgehen sollten und somit zum Dienst an der Gesellschaft berufen wurden. Ihre ‚Mütterlichkeit‘ (Prüfer, 1997, S. 80) und niemals endende Liebe sollte der Allgemeinheit zugute kommen, solange sie diese keinem Ehemann oder Kindern angedeihen lassen konnten. Hierbei gilt es noch einmal zu betonen, dass lediglich die Berufstätigkeit innerhalb einer Schwesternschaft von den patriarchalen Familien toleriert wurde. Die erwerbsmäßige Pflege galt auch während der Weimarer Zeit noch als verpönt, ebenso wurden arbeitende Mütter von der Gesellschaft angefeindet (vgl. ebd.). Die von Agnes Prüfer (1997, S. 80) benannte „geistige Mütterlichkeit“ (ebd.), die sich auch im Nationalsozialismus bewähren sollte, galt somit als Ersatz für Frauen, denen eine biologische Mutterschaft verwehrt blieb. Diese von diversen Autoren zitierte sogenannte Mütterlichkeit wurde von Zeitgenossen, insbesondere den männlichen Vertretern, als typisch weibliches Merkmal deklariert, welches die Frauen zu bestens geeigneten Schwestern auswies. Bei den kirchlichen Verbänden wurde diese Eigenschaft als gottgegeben, bei weltlichen Verbänden als genetische Veranlagung dargestellt (vgl. ebd., S. 81). Damit wurde der Pflege die professionelle Grundlage abgesprochen, sodass jede Frau potenziell als Schwester⁸ geeignet war.

Magdalene Rübenstahl (1994, S. 9) äußerte in dem Zusammenhang den treffenden Gedanken, dass niemand daran gedacht hätte, Männer als ‚Krankenbruder‘ (ebd.) zu bezeichnen, stattdessen etablierte sich dort bereits der Begriff Pfleger, womit sinnvollerweise die ausgeübte Tätigkeit bezeichnet wurde, während der Begriff Schwester vielmehr eine zwischenmenschliche Ebene beschreibt. Daran lässt sich abermals verdeutlichen, dass die weibliche Pflege weniger als professionelle Tätigkeit wahrgenommen wurde, sondern vielmehr als Erweiterung sowieso vorhandener Fähigkeiten auf den öffentlichen Raum.

8 Zur Klärung soll an dieser Stelle noch erwähnt werden, dass der Begriff Schwester von den Autorinnen und dem Autor nicht unbedacht verwendet wurde, sondern ein feststehender Ausdruck dieser Zeit war, wobei es sich hier um keine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung handelte.

2.1.2 Das Arbeitsfeld Krankenpflege

Das folgende Unterkapitel mit den Schwerpunkten Versorgung, Arbeitszeiten, Vergütung, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie dem Punkt Ausbildung soll einen Einblick in die vielfältigen Facetten der Krankenpflege dieser Zeit geben. Dabei werden stichwortartig die Positionen der einzelnen Schwesternschaften in den Blick genommen, sowie deren Aufgabenbereiche und ferner einige Anmerkungen zu der 1903 von Agnes Karll gegründeten Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.K.D.)⁹ gemacht.

Die zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts vorwiegend konfessionellen Schwestern in den Krankenhäusern bereiteten der dort ansässigen Ärzteschaft zunehmend Probleme. Ihre religiösen Procedere behinderten den Stationsablauf, sie verweigerten die Pflege unehelicher Mütter ebenso wie die von Patienten mit Geschlechtskrankheiten (vgl. Bischoff, 1994, S. 103). Die Lösung sah der Gesetzgeber, wie oben bereits beschrieben, im Rekrutieren bürgerlicher Frauen als weltliche Schwestern. In der Folge entstand eine Konkurrenzsituation, die für die religiösen Schwestern letztlich eine zunehmende Verdrängung aus den Krankenhäusern bedeutete. Im gleichen Zug wurde auch das ‚Wartepersonal‘ (Prüfer, 1997, S. 29), soweit möglich, aus den Krankenhäusern eliminiert, da es teurer, weniger erfahren und geringfügiger ausbeutbar war als die ausgebildeten Schwestern (vgl. Bischoff, 1994, S. 140). Einen möglichen Aufgabenkreis der Pflegenden hat Prüfer (1997, S. 48 ff.) anhand einer Analyse von Krankenpflegezeitschriften jener Zeit zusammengestellt. Dabei wird die Grundpflege laut ihrer Aussage sehr knapp thematisiert, es ist lediglich erkennbar, dass der Unterricht für die Lernschwestern aus der Anwendung von Krankenpflegelehrbüchern und praktischem Arbeiten bestand. Gleiches gilt für die Behandlungspflege, die vermutlich einen vergleichsweise geringen Raum während der Arbeitszeit eingenommen hat. Betonung, als wichtige pflegerische Tätigkeit, fand hingegen die Hausarbeit. Hausarbeit und Krankenpflege wurden als eng verbundene Tätigkeiten vermittelt und als ureigenes weibliches Gebiet benannt. Interessant ist, dass die heute viel thematisierte psychosoziale Betreuung der Patienten und Patientinnen ebenfalls nicht angesprochen wird, lediglich die hochgelobte ‚Mütterlichkeit‘ (ebd., S. 80) findet auch hier Erwähnung. Somit wurde auch dieser Bereich als intuitives Wissen abgetan (vgl. Prüfer, 1997, S. 80). Die Patient-Schwester-Beziehung wird in der Literatur mit einer Mutter-Kind-Beziehung verglichen, da die Schwestern verpflichtet waren, den Kranken die Wünsche der Ärzteschaft nahe zu bringen und sie im Notfall auch zur Behandlung zu überreden (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 57).

Ein weiteres Ereignis, welches kurz nach der Jahrhundertwende die Krankenpflege verändern sollte, war die Gründung der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands im Jahr 1903 durch Agnes Karll. Der Verband sollte alle freien Schwestern, das heißt Schwestern außerhalb von Vereinen, bündeln und ihnen Rückhalt geben, da diese nach wie vor einen schweren Stand in der Gesellschaft hatten. Des Weiteren erstreckten sich deren Aufgaben von Stellenvermittlungen über Beratung, Austausch und berufliche Interessenvertretung (vgl. ebd., S. 90 ff.). Marianne Schmidbaur (2002, S. 45) thematisiert außerdem noch weitere wichtige Anliegen des Verbandes wie die Verberuflichung der Pflege und eine einheitliche Ausbildung sowie in geringerer Gewichtung die Verbesserung von

⁹ An dieser Stelle soll betont werden, dass die folgende Darstellung der B.O.K.D stark vereinfacht ausfällt, umfangreiche Betrachtungen des Verbandes befinden sich unter anderem bei Rübenstahl (1994, S. 81-119) und können dort vertiefend nachgelesen werden.

Arbeitsbedingungen. Insgesamt ist zu sagen, dass die Mitgliederzahlen bis circa 1920 zunahmen, die B.O.K.D. allerdings nie tiefgreifende Veränderungen bewirken konnte, da sie an den traditionellen Mustern der Krankenpflege festhielt und damit einhergehend nie arbeitsrechtliche Forderungen zu beispielsweise Bezahlung oder Arbeitszeit hervorbrachte. Der Schwerpunkt des Verbandes lag auf dem Wunsch einer einheitlichen, längeren und verbesserten Ausbildung. Dieser konnte jedoch bis zum Ende der Weimarer Republik nicht erfüllt werden (vgl. ebd., S. 101).

Außerdem sollte an diesem Punkt erwähnt werden, dass die B.O.K.D. bei den konfessionellen Verbänden keineswegs auf Zustimmung stieß, da diese die freien Schwestern weiterhin ablehnten. Ebenso stellte sich das Rote Kreuz aus Konkurrenzangst gegen den Verband (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 92). Als weitere Organisationsform der Krankenpflege können die gewerkschaftlichen Verbände genannt werden, die sich als Wortführer für das bisher nicht organisierte Pflegepersonal verstanden. Da diese jedoch keiner religiösen Verbindung zugehörten, wurden sie von allen großen Berufsverbänden angefeindet, da diese Pflege ohne christliche Grundlage, wie bereits vielfach betont, für undenkbar hielten (vgl. Prüfer, 1997, S. 87). Zusammenfassend zeigt sich die Pflege auch mit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts stark zersplittert, die Berufsauffassungen gingen weit auseinander und die Verbände waren nicht in der Lage, einheitliche Forderungen für ihren Berufszweig zu stellen. Somit dominierten berufsfremde Interessen das Tätigkeitsfeld.

Versorgung

Wie bereits oben beschrieben, lebten die meisten amtierenden Schwestern in Mutterhaussystemen, die einen adäquaten Ersatz für die patriarchale Familie darstellen sollten. Das Mutterhaus galt als einzige von der Gesellschaft akzeptierte Organisationsform und wurde in der Folge auch vom Deutschen Roten Kreuz und anderen Verbänden übernommen. Hier erhielten die Frauen eine Unterkunft und wurden mit Essen und Kleidung versorgt, zusätzlich gab es ein kleines Taschengeld (vgl. Prüfer, 1997, S. 30 ff.). Geleitet wurden die Häuser durch Frauen aus dem Adel, die als Autoritätspersonen gegenüber den Bewohnerinnen auftraten und über Freigang, Urlaub und andere Lebensbereiche der Frauen verfügten. Den Schwestern blieb somit weder Selbstständigkeit noch Entscheidungsspielraum, stattdessen wurden sie durch aufdiktierter Lebens- und Verhaltensweisen ihrer persönlichen Freiheit beraubt (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 30 u. 67). Die benannten Bedingungen führten die Mutterhäuser an der Wende zum 20. Jahrhundert aufgrund von zunehmendem Abwandern der Schwestern in die Privatpflege in eine Krise (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 62). Diese neue Bewegung führte zum Aufbau sogenannter Schwesternheime, in denen Miete und Verpflegung vom Gehalt gezahlt werden mussten. Existenzielle Nöte dieser „wilden Schwestern“ (Prüfer, 1997, S. 33) waren nicht selten.

Arbeitszeiten

Bisher unerwähnt geblieben sind die Arbeitszeiten der Schwestern in den Krankenhäusern, deswegen sollen diese unmenschlichen Bedingungen nun hier Benennung finden.

Zu Beginn des Jahrhunderts fehlten gesetzliche Bestimmungen zur Arbeitszeit weitestgehend, was dazu führte, dass mehr als 75% der Beschäftigten über 13 Stunden täglich arbeiteten. Doppelschichten, bei denen bis zu 30 Stunden am Stück gearbeitet wurde, und fehlende Erholungsurlaube waren ebenfalls üblich (vgl. Rübenstahl, 1994, S.

43 f.). 1919 wurde erstmals der Versuch vom Reichsarbeitsministerium unternommen, eine Verringerung der Arbeitszeit zu erwirken; der Vorschlag eines Acht-Stunden-Tages wurde jedoch von Ärzteschaft, Krankenpflegeverbänden und Mutterhäusern abgewiesen.

Aus heutiger Sicht erscheint diese Zurückweisung unverständlich, da keine gleichzeitige Gehaltskürzung einhergehend mit der Reduktion der Arbeitszeit anberaumt war. Die Gründe können nicht hinreichend beantwortet werden, allerdings zeigt sich auch hier Demut, Unterordnung und Gehorsam der Schwestern, die laut eigener Aussage die Versorgung der Patienten und Patientinnen bei einem Acht-Stunden-Tag nicht gewährleisten konnten. Die Krankenhausleiter waren in diesem Fall ebenfalls innovationshemmend, da für sie rein ökonomische Interessen von Bedeutung waren und ein Acht-Stunden-Tag ein finanzieller Mehraufwand gewesen wäre, der nicht gewünscht war (vgl. Steppe, 2001, S. 45).

1924 wurde aus einer Projektgruppe heraus die 60-Stunden-Woche entwickelt, die eine tägliche Arbeitszeit von zehn Stunden vorsah (vgl. Bischoff, 1994, S. 111). Inwieweit diese Begrenzung jedoch in der Praxis Berücksichtigung fand, ist nicht hinlänglich bekannt.

Vergütung

Die Gehälter der Schwestern waren sehr niedrig. Die religiösen Verbände zahlten lediglich ein Taschengeld, da Unterkunft und Versorgung gestellt wurden. Die freien Schwestern hatten mitunter besser bezahlte Aufträge, waren in ihrer Vergütung jedoch immer abhängig von der jeweiligen Auftragslage. Auftragsfreie Zeiten waren nicht ausgeschlossen und konnten so eine finanzielle Notlage herbeiführen (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 46 f.). Tatsächlich war die finanzielle Unabhängigkeit der Schwestern von der Gesellschaft nie anvisiert worden, schließlich galt die Krankenpflege nicht als Beruf, sondern als Lebensaufgabe, „die ihren Lohn in sich selbst trägt“ (Rübenstahl, 1994, S. 64). Zur Verdeutlichung des vorstehend Gesagten soll hier das Zitat einer Schwester angebracht werden, die ihrerseits eine fortschrittliche Einstellung zum Pflegeberuf hatte:

„Wir modernen Schwestern haben uns freigemacht von der Überlieferung, daß man den Pflegeberuf nur aus religiösen Gründen ausüben kann, wir verlangen Bezahlung für unsere Tätigkeit, wie der Arzt.“ (Unterm Lazaruskreuz, 1920, S.32) (zit. in Prüfer, 1997, S. 60)

Dass die Ärzteschaft für vergleichsweise ähnliche Tätigkeiten durchaus ansehnliche Gehälter erhielt, wird zu einem späteren Zeitpunkt der Arbeit erneut aufgegriffen. Es soll in diesem Zusammenhang erinnert werden, dass die Gesetzgeber kein Interesse daran hatten, die Pflege als Erwerbsberuf zu etablieren, da hier ein finanzieller Mehraufwand für die Haushalte entstanden wäre um die Kosten zu decken. Somit war die Pflege vorerst auf sich gestellt und konnte lange keine Tarifverträge erwirken. Erst in den Jahren 1919-1920 wurden auf Drängen der gewerkschaftlichen Verbände die ersten Tarifverträge in Universitäts- und Polikliniken geschlossen. Diese brachten zumindest geringfügige Gehaltsverbesserungen für die Schwestern (vgl. Steppe, 2001, S. 48). Was zu Beginn eher stockend in Gang kam und auf Protest bei den Krankenhausleitungen stieß, nahm dann zunehmend Fahrt auf; 1929 waren bereits 164 verschiedene Tarifverträge für 52.500 Beschäftigte abgeschlossen worden (vgl. ebd.).

Arbeits- und Lebensbedingungen

Das bisher skizzierte Bild von der beruflichen Situation in der Krankenpflege lässt bereits erahnen, dass auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Schwestern aus heutiger Sicht als entsetzlich zu bezeichnen sind. Ein sehr aussagekräftiges Zitat aus dem Jahr 1910 von Pfarrer Hermann Hecker soll dies verdeutlichen:

„So entsteht eine Kette qualvollen, meistens heldenhaft in der Stille getragenen Leidens. [...] Die ganze Stufenleiter weiblichen Heldentums wird in diesem herrlichsten, beglückendsten - und in Deutschland grausamsten- Frauenberufe durchlaufen. Für viele bedeutet der Tod schließlich eine Erlösung von unerträglichen Qualen, und nicht wenige führen ihn freiwillig herbei, nachdem mit der körperlichen auch ihre seelische Widerstandskraft zusammengebrochen war.“ (B.O.K.D. Statistik, 1910, S. 55) (zit. in Rübenstahl, 1994, S. 53)

Für die Angehörigen der Verbände waren schlechte Ernährung, primitive Unterkünfte und haftähnliche Bedingungen keine Seltenheit (vgl. Prüfer, 1997, S. 32). Ausgang wurde nur mit vorheriger Genehmigung gewährt, Besucher waren nicht erlaubt. Die genannten und eine Vielzahl weiterer Umstände führten zu einer maßlosen Überlastung der Schwestern, einhergehend mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Eine Berufszugehörigkeit von durchschnittlich nur 8,6 Jahren zeugt ebenfalls von katastrophalen Verhältnissen in der Pflege (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 49 ff.). Für die nicht vorhandene Alterssicherung fand die Oberin eines katholischen Pflegeordens folgende Worte:

„[...] das sei kein schwieriges Problem, der Beruf sei so anstrengend, daß man darin fast nie alt würde.“ (B.O.K.D. Statistik, 1910, S. 170) (zit. in Rübenstahl, 1994, S. 49).

Weitere Beispiele, die die exzessive Ausbeutung der Schwestern verdeutlichen, lassen sich beliebig fortsetzen. Dabei ist zu sagen, dass die schlechten Bedingungen durchaus von den Schwestern erkannt wurden, von ihren Vorgesetzten aber als Notwendigkeit für eine gute Pflege deklariert wurden und somit Akzeptanz fanden (vgl. Steppe, 1997, S. 50).

Ausbildung

Die damalige pflegerische Ausbildung ist mit den heutigen Maßstäben für das Erlernen des Pflegeberufes nicht mehr vergleichbar. Insbesondere in den konfessionellen Mutterhäusern fußte die Ausbildung neben der fachlichen Schulung überwiegend auf religiöser Erziehung, einzig das Deutsche Rote Kreuz konnte schon zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts eine nach damaligen Standards fachlich fundierte Ausbildung anbieten (vgl. Steppe, 1997, S. 46). Durch die fehlende einheitliche staatliche Regelung der Lehrzeit variierte diese zwischen 3 bis 13 Monaten. Damit war Deutschland im internationalen Vergleich bereits weit zurückgefallen (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 53). Das Beispiel Preußens aus dem Jahr 1907 mit einer einjährigen Ausbildungsdauer, 100 Stunden Theorieunterricht und einer staatlichen Abschlussprüfung wurde zwar von vielen Reichsländern nachgeahmt, seine Anwendung galt jedoch im ganzen Reichsgebiet als fakultativ und stieß insbesondere bei den katholischen Orden auf Ablehnung (vgl. Steppe, 1997, S. 48). Erst 1921 kam es zu einer neuerlichen Gesetzesnovellierung, die vorsah, die Ausbildungsdauer auf zwei Jahre zu verlängern und den Theorieanteil auf 200 Stunden zu erhöhen. Allerdings hatte auch diese Bestimmung keinen verbindlichen Charakter und wurde somit nicht von allen Reichsländern praktiziert (vgl. Steppe, 2001, S. 48). Neben den erläuterten formalen Bedingungen soll in diesem Abschnitt außerdem die Ausbildungssituation der Lernschwestern näher beleuchtet werden. Dazu lässt sich feststellen, dass

bereits die Lehrzeit zur Entwicklung eines gesellschaftlich gewünschten Charakters dienen sollte während der Erwerb von theoretischem und praktischem Fachwissen hintergründig war. Unterwürfigkeit, Askese und Demut wurden, mit der Begründung, dass nur so das Wohl der Patienten und Patientinnen sichergestellt werden könne, als wichtige Tugenden vermittelt (vgl. Bischoff, 1994, S. 87 f.). Die Herausbildung eines eigenen Ichs sollte unterdessen verhindert werden.

Somit lässt sich hier, mit der gebotenen Vorsicht, ein möglicher Erklärungsmoment für das spätere Handeln der Schwestern bei der Beteiligung an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit erkennen. Die eigene Persönlichkeit, eigenständiges Denken und Handeln wurden bereits weit vor Beginn des Nationalsozialismus als unerwünschte Wesenszüge manifestiert. Den Lernschwestern wurden keine definierten Rechte zugesprochen, stattdessen gab es eindeutige Verhaltensanweisungen und Verpflichtungen.

Ein Großteil der Lehre wurde mit Putzarbeiten verbracht, da wie erwähnt, Krankenpflege und Hausarbeit als zwei untrennbare Bereiche angesehen wurden (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 54). Der wenige theoretische Unterricht wurde zudem von der Ärzteschaft geführt und fand grundsätzlich nach Dienstschluss statt (vgl. ebd.).

Hervorzuheben ist an dieser Stelle eine von Anna-Paula Kruse (1995, S. 84) benannte Vorlesung zur Erziehung von Schwestern, die ebenfalls von Ärzten gehalten wurde. So ist auch hier davon auszugehen, dass die ärztliche Dominanz als Grundstein in der Ausbildung vermittelt wurde und sich im weiteren Berufsverlauf festigte. Die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Schwestern soll im nächsten Abschnitt einer eingehenderen Betrachtung unterzogen werden. Vorerst lässt sich für die Ausbildung des Krankenpflegeberufes im beginnenden zwanzigsten Jahrhundert feststellen, dass deren Eigenständigkeit in den Kinderschuhen steckte, da eine planmäßige Ausbildung, Ausbilder aus den eigenen Reihen sowie eine regelmäßige Vergütung nicht vorhanden waren (vgl. Steppe, 1997, S. 32).

2.1.3 Medizin für die Männer, Pflege für die Frauen?

Der bestehende Geschlechterdualismus wurde von den Männern jener Zeit erfolgreich zur Unterdrückung der Frauen genutzt. Im Krankenhauskontext zeigte sich dieses Machtgefälle besonders deutlich. Die Schwester sollte eine ‚Gattinnenrolle‘ (Rübenstahl, 1994, S. 35) gegenüber dem Arzt einnehmen, ihn als Lehrer anerkennen und sich all seinem Handeln unterordnen (vgl. Bischoff, 1994, S. 100 ff.). Außerdem war sie ihm in allen Belangen informationspflichtig und ein Eingreifen in ärztliche Therapien war ihr strikt untersagt. Das Zitat einer Oberin soll genanntes verdeutlichen:

„Niemals darf es geschehen, daß die Schwester sich in Gegenwart der Patienten eine Kritik am Vorgesetzten erlaubt. [...] Vollste Loyalität ist ihre Pflicht. [...] Sie ist nicht Arzt, sondern Helferin neben dem Arzt, er hat die Grenzen ihrer Dienstleistung zu bestimmen.“ (Veronika, 1925, S. 35) (zit. in Prüfer, 1997, S. 52)

Diese starke Zurückstellung der eigenen Person hatte zur Konsequenz, dass über lange Zeit kein eigenes Berufswissen aufgebaut werden konnte (vgl. Bischoff, 1994, S. 100 ff.). Einen weiteren Nachteil, den die Frauen durch die gesellschaftlich forcierte Geschlechterdifferenz hinnehmen mussten, war der versperrte Zugang zum Medizinstudium (vgl. ebd., S. 132). Bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts hatte es Bestrebungen gegeben, die besondere Eignung der Frau für die Krankenpflege zu betonen, diese Ausgestaltung der weiblichen Pflege als ärztlichen Hilfsberuf fand nun ihren Höhepunkt (vgl. ebd., S. 86). Auffallend ist dabei die äußerst geringe Bezahlung der Schwestern mit der Argumentation, dass ein Dienst am Mitmenschen nicht bezahlbar sei. Die Vergütung der männlichen Ärzte hingegen wurde durchaus für angemessen gehalten (vgl. ebd., S. 92). Die Sichtung der Quellen lässt zum einen einen unklar abgegrenzten pflegerischen Tätigkeitsbereich erkennen, der sich in der Mehrzahl auf die haushaltsnahen Tätigkeiten festlegt, zum anderen wird eine angemessene Reaktion bei Notfällen, zum Beispiel in Form einer Reanimation, aber durchaus von den Schwestern gefordert (vgl. Prüfer, 1997, S. 53). Diese Gleichsetzung von Geschlecht und beruflicher Eignung führte zu folgender gesellschaftlich anerkannter Berufsteilung:

Wissenschaftlich-rationale Arbeiten wurden dem Mann zugeordnet, handwerklich-zuarbeitende Tätigkeiten wurden für die Frauen verankert (vgl. Steppe, 1997, S. 44).

Wie sich zeigen sollte, blieb die Krankenpflege auch während der Zeit der Nationalsozialisten in dieser Position, Gehorsamspflicht und das Unterlassen unerwünschten Hinterfragens waren auch hier die tonangebenden Forderungen.

2.2 Krankenpflege im Wertesystem der Weimarer Republik

Das moderne Krankenhaus als Ort öffentlicher Wohlfahrt und medizinischen Fortschrittes etablierte sich zunehmend. Die Krankenpflege als anerkannter Frauenberuf war im Kaiserreich angelegt worden und wurde 1918 nach Beendigung der Monarchie und dem Übergang zu einer parlamentarischen Demokratie fortgeführt (vgl. Prüfer, 1997, S. 35). Besonders prägnant für die Zeit zwischen dem ersten und zweiten Weltkrieg ist dabei der Wille zu Fortschrittlichkeit mit der zeitgleichen Angst vor Veränderungen. Dass alte Traditionen auch von den neuen Gesetzgebern nicht einfach aufgebrochen werden konnten, zeigt sich an verschiedenen Beispielen.

Ein Ringen nach gesetzlichen Neuordnungen in der Krankenpflege blieb weiter bestehen. Die Segmentierung der Pflege in verschiedenste Verbände mit unterschiedlichen Zielen und Berufsauffassungen erschwerte den Zusammenschluss einzelner Verbände zu einem starken Sprachrohr (vgl. Prüfer, 1997, S. 87). Besonders die kirchlich organisierten Vertreterinnen der Pflege transferierten ihr Bild der guten Schwester und stellten sich offensiv gegen die gewerkschaftlichen Verbände. Pflege ohne christliche Grundlagen blieb nach der vorherrschenden zeitgenössischen Meinung weiterhin unstatthaft. Trotzdem zeigten sich zarte Tendenzen, die erkennen ließen, dass die Weimarer Zeit durchaus die Forderung nach beruflichen Rechten mit sich brachte. Insbesondere die goldenen Zwanziger verdeutlichten, dass die ältere Generation und besonders auch die Oberinnen an den alten Traditionen festhielten während jüngere Schwestern sich selbst und den Beruf nicht länger abstreiten wollten (vgl. ebd., S. 85 ff.).

Das nach dem ersten Weltkrieg arbeitslos gewordene Personal fand im Zuge der Ausweitung von Versicherungsleistungen, insbesondere bei der Kranken- und Unfallversicherung, schnell neue Arbeit. Dieser Zustand sollte jedoch nicht lange währen, bereits ab 1930 wurden durch die beginnende Weltwirtschaftskrise Sparmaßnahmen im großen Stile eingeleitet, die zu neuerlicher Arbeitslosigkeit, insbesondere bei den freien Schwestern führten (vgl. ebd., S. 39).

Bei den Arbeits- und Lebensbedingungen der Schwestern lassen sich insgesamt trotzdem einige positive Entwicklungen erkennen. Die 1928 gegründete Unfallversicherung für Schwestern, vertreten durch die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, sicherte die Berufsangehörigen erstmals gegen Arbeitsunfälle und Berufsunfähigkeit ab. Außerdem kam es, wie oben beschrieben, nach erbitterten Diskussionen zu einer Reduktion der Arbeitszeit auf zehn Stunden täglich (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 103).

Erste Professionalisierungsabsichten zeigten sich in der Entstehung von konfessionell nicht gebundenen Fortbildungseinrichtungen. Hier wäre als Beispiel die „Werner Schule“ (Schmidbaur, 2002, S. 101) des Deutschen Roten Kreuzes zu nennen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch am Ende der Weimarer Republik die nicht mutterhüschlich organisierten Schwestern mit der Ablehnung der konfessionell Gebundenen konfrontiert waren. Auch die bereits oben beschriebene Unterordnung der Schwestern gegenüber dem ärztlichen Personal blieb unangetastet.

Außerdem konnte trotz der Bestrebungen der B.O.K.D. kein reichseinheitliches Krankenpflegegesetz erwirkt werden, zu zersplittert war die Pflege und somit blieb eine Solidarisierung der Angehörigen der Krankenpflege aus (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 103). Vielmehr passte sich die Pflege den Erfordernissen eines weiterhin bürgerlichpatriarchalen Gesellschaftssystems an.

3 Die Neuordnung des Pflegeberufs im nationalsozialistischen Deutschland

Im Folgendem soll die Organisation der Krankenpflege ab 1933 bis zur endgültigen Entwicklung und Etablierung des Berufsstandes der Pflege im nationalsozialistischen Regime (NS-Regime) dargestellt werden. Berücksichtigung finden hierbei diejenigen politischen Strukturen, welche maßgeblich für die Entwicklung der Krankenpflege und für die Ausbildung der pflegerischen Motivation waren. Die Darstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern beschränkt sich auf die wesentlichen Eckpunkte in der Geschichte der Pflege, die für die Steuerung des Berufsstandes während der NS-Zeit verantwortlich waren.

Mit dem NS-Regime ist der Zeitraum von 1933 bis 1945 gemeint. Durch die Ernennung Adolf Hitlers zum Reichskanzler am 30. Januar 1933 vollzog sich ein politischer Wechsel von einer demokratischen Gesellschaftsform zum faschistischen autoritären Regime (vgl. Herbst, 1996, S. 59). Die nationalsozialistische Ideologie setzt sich aus antikommunistischen, teils antikapitalistischen und antisemitischen Überzeugungen zusammen. Neben dem uneingeschränkten Ressentiment gegenüber politischen Gegnern und Minderheiten und der daraus resultierenden Entrechtung war vor allem die Idee des Führerprinzips innerhalb einer ‚Volksgemeinschaft‘, die auf Grundlage einer ‚Rassenhygiene‘¹⁰ stärke Stabilität erreichen sollte, von großer Wichtigkeit.

Die Idee einer höherwertigen ‚arischen‘ ‚Volksgemeinschaft‘¹¹ wurde zur Legitimation imperialer außenpolitischer Ziele bis hin zum formulierten Streben nach der Weltherrschaft (vgl. Jäckel, 1981, S. 111-119). Jene imperialistischen Aktivitäten waren neben dem ‚rassenideologisch‘ begründeten Antisemitismus wesentliche Ziele zur Identifikation eines nationalsozialistischen Deutschlands (vgl. ebd., S. 93).

Diese Einführung soll aufzeigen, wie sich aus einer Berufsgruppe, welche traditionell für das Wohlergehen und die Gesundheit von Individuen verantwortlich ist, ein wichtiger Träger des nationalsozialistischen Wertesystems wurde.

Mit dem Ende der Weimarer Republik und dem Beginn des NS-Regimes geriet die Diskussion über eine staatliche Regelung, die die berufspolitischen Zersplitterung aufhalten könnte, in Stillstand (vgl. Kruse, 1995, S. 106). Bis zuletzt blieb die Diskrepanz zwischen den Befürwortern einer staatlich

10 Der Begriff der ‚Rassenhygiene‘ basiert auf einer systematischen Klassifizierung und Hierarchisierung von humangenetischen Merkmalen und beschreibt ein Programm von biologisch und ärztlich begründeten eugenischen Normen und Praktiken. So sollte die damit einhergehende eugenische Abwertung ‚lebensunwerten‘ Lebens eine systematisch eingesetzte ‚Euthanasie‘ begründbar machen (vgl. Kaminsky 2007, S. 15 ff.). (siehe Kapitel 3.1)

11 In ähnlichem Wortlaut werden ebenfalls im Krankenpflegelehrbuch von 1937 die positiven Charaktermerkmale der „nordischen Rasse“ (Reichsausschuß für Volksgesundheit, 1937, S. 5) hervorgehoben. Bei zweifelhafter ‚arischer‘ Abstammung musste ein Gutachten zur Herkunft eingeholt werden, welches aufgrund einer Verordnung vom 11. April 1933 ein Sachverständiger für Rasseforschung des Reichsministerium des Innern erstellte. Dieser Abstammungsnachweis sicherte den weiteren beruflichen Werdegang. Als nicht-‚arisch‘ galten insbesondere diejenigen, welche einen jüdischen Eltern- oder Großelternanteil besaßen (vgl. RGBl. I Nr. 37, 1933, S. 195).

anerkannten Krankenpflegeausbildung, die von der Ärzteschaft, Politikern sowie Berufsangehörigen (wie Agnes Karll) gefordert wurden, und den Gegnerinnen aus den Reihen der konfessionellen Berufsangehörigen (wie der Schwesternschaft des Roten Kreuzes) bestehen, sodass die konfessionelle Norm der Krankenpflege als dienende Tätigkeit der Frau immer noch gesellschaftlich stark wirksam war (vgl. ebd., S. 105).

Nach der Auflösung der Parteien im Jahre 1933/34, mit Ausnahme der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP), entstand aus sämtlichen Gewerkschaften die Deutsche Arbeiterfront (DAF). Die Länderparlamente wurden aufgehoben und die Länderhoheitsrechte auf das Reich übertragen. Am 24. März 1933 wurde über das sogenannte Ermächtigungsgesetz oder auch „Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich“¹² die gesetzgeberische Gewalt dem Reichstag sowie dem Reichsrat entzogen. Die Vollmacht lag nunmehr bei der nationalsozialistischen Regierung, welche sich dadurch frei von innen- und außenpolitischer Kontrolle bewegen konnte. Dies bedeutete nichts weniger als die absolute Herrschaft über das politische, wirtschaftliche, berufliche und ideologische Leben in Deutschland, also auch über Organisationen wie die Krankenpflege einschließlich der Schwesterngemeinschaften (vgl. Kruse, 1995, S. 106). Die ideologische Gesinnung wurde vor allem über verschiedene nationalsozialistisch geprägte Begriffe transportiert. Erwähnung finden drei ausgewählte Begriffe in Kapitel 3.1.

Fast zeitgleich mit der DAF-Gründung, als arbeitsrechtliche und tarifpolitische Interessensvertretung, konstituierte sich im Reichsinnenministerium die Reichsarbeitsgemeinschaft der Berufe im ärztlichen und sozialen Dienste e. V. (RAG) mit dem verantwortlichen Leiter Erich Hilgenfeldt, welcher elf berufsständischen Reichsfachschaften vorstand. Exemplarisch hierfür kann die Reichsfachschaft deutscher Schwestern und Pflegerinnen sowie die Reichsfachschaft der Krankenpfleger¹³ angeführt werden. Sie dienten der Vertretung berufsständischer und berufsfachlicher Interessen (vgl. Steppe, 1996, S. 62).

Die Reichsfachschaft deutscher Schwestern und Pflegerinnen, welche sich aus den freien Schwesternverbänden zusammensetzte, untergliederte sich wiederum in fünf Schwesterngemeinschaften:

1. Berufsgemeinschaft (weltliche Schwestern, städtische Schwestern, Privatpflegerinnen)
Die kommissarische Leitung lag hier in den Händen der Reichsfachschaftsleiterin Schwester Amalie Rau, Mitglied der Berufsorganisation von Agnes Karll.
2. Diakoniegemeinschaft (Leiterin Schwester Auguste Bohrmann)
In der Diakoniegemeinschaft waren sieben verschiedene Schwesternschaften der evangelischen Kirche zusammengefasst.
3. Katholischer Schwesternverband Deutschlands (Leiterin Oberin Holstein)

12 Das „Gesetz zur Behebung der Not von Volk und Reich“ ist unter folgender Quelle zu finden: RGBl. I Nr. 25, 1933, S. 141.

13 Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf die Reichsfachschaft deutscher Schwestern und Pflegerinnen, da sich das Aufgabenspektrum der einzelnen Reichsfachschaften deutlich voneinander unterscheidet. Die einzelnen Reichsfachschaften bedürfen jeweils einer gesonderten Betrachtung, die in der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden kann.

4. Rot-Kreuz-Schwesterngemeinschaft

(Hier sind die Quellen widersprüchlich. Einige schreiben noch 1935, daß die Rot-Kreuz-Schwesternschaft nicht Mitglied der Reichsfachschaft sei.)

5. Schwesterngemeinschaft der NS-Volkswohlfahrt beziehungsweise ab 1934 NS-Schwesternschaft (ebd., S. 64)

Die Krankenpflege galt als die größte Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens und genoss daher unmittelbar mit dem Beginn des nationalsozialistischen Reiches besondere Aufmerksamkeit. Die angestrebte Neuorganisation der Krankenpflege beabsichtigte zwar, ebenso wie in der vorangegangenen Diskussion vor 1933, eine Regelung der pflegerischen Berufstätigkeit, allerdings ging dieses Bestreben aus differenzierenden Motivlagen heraus: Mit einer Vereinheitlichung und Zusammenführung der Splitterverbände sollte gewissermaßen eine ideologische Gleichschaltung erreicht werden, um nationalsozialistisches Gedankengut in die pflegerische Ausbildung zu integrieren.

Weiterhin wurde mit der zentralistischen Umgestaltung die Supprimierung konfessioneller Verbände intendiert, da von ihnen die größte politische Gegenwehr erwartet wurde (vgl. Steppe, 1996, S. 61).

Im Oktober 1933 stellten sämtliche Fachzeitschriften ihre Publikationen ein. Sie wurden abgelöst, und dies ist als ein weiterer Schritt zu einer vollends durchdrungenen nationalsozialistisch gesinnten Gesellschaft anzuerkennen, von der Zeitschrift der Reichsfachschaften, ab 1936 mit dem Untertitel „Die deutsche Schwester“. Noch im selben Monat eröffnete in Hannover die erste NS-Schwesternschule (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 14).

Die seit 1932 bestehende NS-Volkswohlfahrt (NSV)¹⁴ wurde am 03. Mai 1933 mittels einer Verfügung Hitlers anerkannt und fungierte seitdem als eine für die NSDAP wirksame Organisation. Die NSV nahm in besonderem Maße Einfluss auf die Vereinheitlichung des Schwesternwesens. Ihren Prinzipien zufolge sollte die ‚rassisch‘ definierte ‚Volksgemeinschaft‘ gestärkt werden, weniger das individuelle Wohl. In diesem Zusammenhang fand augenscheinlich eine Umkehrung der Wohlfahrts-Prinzipien vor 1933 statt. Insbesondere sollte sich das Maß an pflegerischer Unterstützung an der individuellen Wertigkeit anpassen, das heißt, die individuelle Leistungsfähigkeit für die nationalsozialistische Gesellschaft entschied über das Ausmaß der Wohlfahrtspflege (vgl. Steppe, 1996, S. 61). Hier zeichnet sich durchaus ein nationalsozialistisch geprägter Begriffe der Fürsorge ab, der detaillierter in Kapitel 3.3 untersucht wird.

Erste Entlassungen aus der Krankenpflege waren in Berlin Moabit¹⁵ aufgrund ideologischer Differenzen zu verzeichnen. Die Betroffenen gehörten verschiedenen gewerkschaftlichen, sozialistischen oder auch kommunistischen Organisationen an.

14 Da die NSV eine besondere Bedeutung für den Bedeutungswandel des Begriffs der Fürsorge einnimmt, wird diese Organisation in Zusammenhang mit der nationalsozialistisch geprägten Fürsorge im abschließenden Unterkapitel 3.3 betrachtet.

15 Am 01. April 1933 stürmte ein SA-Trupp das Krankenhaus. Dabei wurden verschiedene jüdische Ärzte in die ehemalige Kaserne in der General-Pape-Straße verschleppt und teilweise mit Knütteln erschlagen (vgl. Klee, 2010, S. 36).

Einen Monat später wurde das „Gesetz zur Verhütung von Erbkrankem Nachwuchses“¹⁶ erarbeitet, welches schließlich im Jahr 1934 zur Geltung kam (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 14).

Erna Mach, kommissarische Leiterin der NS-Schwesternschaft, äußerte sich im Jahr 1934 folgendermaßen:

„Das Primat, Schwestern im Sinne Adolf Hitlers auszubilden und zu einer nationalsozialistischen Gemeinschaft zusammenzuschweißen, liegt deshalb einzig und allein bei der Schwesternschaft der NSV. Alle Schwesternarbeit der Zukunft wird sich deshalb nach den Gedanken und Methoden dieser Schwesternschaft zu richten haben.“ (Mach, 1934, o. S.) (zit. in Steppe, 1996, S. 62)

Die Krankenpflege, und somit jede Krankenschwester, wurde nunmehr als ein gewichtiges Element innerhalb des politischen Systems wahrgenommen (vgl. Steppe, 1996, S. 83).

Im Jahr 1934 gründete sich aus der NSV heraus die NS-Schwesternschaft als die ‚Parteiorganisation‘ (Kruse, 1995, S. 106) schlechthin. Kurz darauf entstand der Reichsbund der Freien Schwestern als nationalsozialistische Schwesternorganisation, welche aus den bisher gewerkschaftlich organisierten freien Schwestern sowie den städtischen Schwesternschaften zusammengefasst wurde. Die Angehörigen des Reichsbundes der Freien Schwestern, aufgrund ihrer Tracht auch „Blaue Schwestern“ genannt, hatten zur Aufgabe, die gesamte Krankenpflege in den Krankenhäusern zu übernehmen. Wohingegen die NS-Schwestern, als die Elite der Deutschen Schwestern und wegen ihrer Tracht auch die „Braunen Schwestern“ genannt, neben der pflegerischen Tätigkeit noch in ganz anderem Maße agieren sollten (vgl. ebd., S. 106). Eine detailliertere Ausführung der Aufgabenbereiche der NS-Schwestern findet sich im Kapitel 3.2.3 wieder.

In der ersten öffentlichen Kundgebung des Leiters der RAG wurde verlautbar, welches Wertesystem nunmehr vertreten werden sollte. Hilgenfeldt offenbarte der Öffentlichkeit, in welchem Maße Schädigungen von „gänzlich Verblödeten“ (Klich & Steppe, 1996, S. 15) am Krankenpflegepersonal, als wertvoller Träger der gegenwärtigen Ideologie, zu erwarten wären sowie bereits geschehen seien. Eine Nachsichtigkeit bei körperlicher Gewalt gegenüber den Schwestern sei demnach als fehlgeleitete Barmherzigkeit zu verstehen (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 15).

Zu Beginn des Jahres 1935 kam es zu ersten Anstellungen von Chirurgen in Heil- und Pflegeanstalten im Sinne der systematischen Ausgrenzung von ‚erbuugesundem‘ Leben nach nationalsozialistischer Auffassung. Sie hatten den Auftrag, Zwangsterilisationen an den Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen durchzuführen. Im April 1935 waren die fortwährenden Differenzen zwischen der DAF und der RAG ausschlaggebend für die Auflösung letzterer Organisation. Einen Monat später wurden mit einem Vertrag die Gemeinden dazu verpflichtet, ausschließlich Angehörige der NS-Schwesternschaft zu beschäftigen. Schließlich endete das Jahr mit der Verabschiedung zweier Gesetze: dem „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“¹⁷ sowie dem „Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes“¹⁸. Zudem ordnete Hilgenfeldt an, dass

16 Ebendieses Gesetz kann im Reichsgesetzblatt I von 1933 unter der Nr. 86, S. 529 nachgelesen werden.

17 Dieses Gesetz wird auch als das „Blutschutzgesetz“ bezeichnet und ist Bestandteil der Nürnberger Gesetze vom 15.09.1935. Es beinhaltet unter anderem das Verbot der Eheschließung zwischen Juden und Staatsangehörigen (vgl. RGBl. I. Nr. 100, 1935, S. 1146 f.).

sämtliche noch nicht organisierte Schwestern in der freien Schwesternschaft der NSV zusammengeführt werden sollten (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 17 f.).

Ein Jahr nach den ersten Sterilisationsmaßnahmen in Heil- und Pflegeanstalten mussten nun 1936 regelmäßige Rückmeldungen bezüglich der bereits durchgeführten Sterilisationen erfolgen.

Neben der Umwandlung der Reichsfachschaft Deutscher Schwestern in den Fachausschuß für Schwesternwesen gründete sich der Reichsbund Deutscher Schwestern und Pflegerinnen, sodass nun auch die freien Schwesternverbände in den Reichsbund integriert wurden. Kennzeichnend für das Jahr 1936 war vor allem eine groß angelegte Werbekampagne für die berufliche Orientierung zum deutschen Schwesterndienst, da immer noch ein ausgesprochener Schwesternmangel bestand. Die beworbenen Schwesterndienste waren die NS-Schwernerschaft, der Reichsbund und die DRK-Schwernerschaft, ausgeschlossen hingegen waren konfessionelle Schwesternverbände (vgl. ebd., S. 18 f.).

Im Jahr 1937 wurden im gesamten deutschen Raum intensive Nachforschungen angestellt, um Einrichtungen zu erfassen, die bisher unabhängig von einer Besetzung mit NS-Schwernern betrieben wurden. Die Bestrebung, den Typus der vollkommen nationalsozialistisch gesinnten Schwester in der Krankenpflege einzustellen, führte dazu, dass nun auch staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen sowie das DRK zur Ausbildung von NSV-Schwernern herangezogen wurden (vgl. ebd., S. 20 ff.).

Mittels einer Warnkartei begann ein Selektionsverfahren¹⁹ im Sinne und zum Schutz der NS-Ideologie. Es galten sehr strenge Maßstäbe für den Ausbildungsantritt. Unzuverlässigkeiten und mangelnde nationalsozialistische Gesinnung wurden umgehend dem Hauptamt (HA) für Volkswohlfahrt gemeldet und konnten unter Umständen zu Benachteiligung bei der Stellenbesetzung führen. Negative Einträge in den Warnkarteien konnten aber auch mit einem Berufsverbot einhergehen (vgl. Steppe, 1996, S. 70).

Aufgrund des Personalmangels in der Pflege war der erwünschte Effekt, die Krankenpflege ausschließlich mit systemkonformem Personal auszustatten, jedoch noch nicht hinreichend eingetreten, sodass für das Jahr 1944 ein Vorausleselager für Schwesternschülerinnen angedacht war (vgl. ebd.). Ende 1937 waren NS-Schwernerschülerinnen und Schülerinnen des Reichsbundes von der monatlichen Schulgeldpflicht befreit und erhielten zudem ein Taschengeld von zehn Reichsmark (RM) im Monat. Eine erneute Werbeaktion, die über das Radio ausgestrahlt wurde, konnte zwar als recht erfolgreich eingestuft werden, verhalf allerdings auch nicht zum notwendigen Ausgleich des Schwesternmangels. So berechnete das HA für Volkswohlfahrt immer noch eine gravierende Differenz zwischen den benötigten Schwestern von 15.000 und den 8.000 Ausbildungsabsolventinnen pro Jahr (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 20 ff.).

18 Dieses Gesetz sollte die Eheschließung im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bestimmen, daher ist es auch unter dem Namen „Ehegesundheitsgesetz“ bekannt. Vom 18.10.1935, ist es ebenfalls Bestandteil der Nürnberger Gesetze (vgl. RGBl. I Nr. 114, 1935, S. 1246).

19 Die Warnkartei wurde seit dem 02. September 1937 für sämtliche Dienststellen und Verbände, die der Partei angeschlossen waren, geführt. Im weiteren Verlauf wurden Warnkarteien ebenfalls für Boten, Schreibkräfte und andere Hilfskräfte genutzt (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 20 f.).

Im Jahr 1938 wird das „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“²⁰ verabschiedet.

Erstmalig kann die Krankenpflege nun reichseinheitlich geregelt werden. Die Ausbildungsdauer wurde mit 1,5 Jahren angesetzt. Nach erfolgreich absolvierter Ausbildung konnte eine Krankenschwester mit einer einjährigen pflegerischen Berufserfahrung im Krankenhaus eine uneingeschränkte Berufserlaubnis erlangen (vgl. ebd., S. 23).

Die Verordnungen vom 28.09.1938 ließen zum einen ausschließlich deutsche Ärzte in der Schulleiterposition zu, zum anderen hatten lediglich Schülerinnen mit ‚arischer‘ Abstammung das Recht, sich als Krankenschwester ausbilden zu lassen. Die bis dahin noch existierenden jüdischen Krankenpflegeschulen durften weiterhin Schülerinnen jüdischer Abstammung ausbilden. Ihre Absolventinnen waren allerdings ausschließlich dazu berechtigt, jüdische Patientinnen und Patienten zu behandeln. Eine weitere Ausgrenzung von ausgebildeten Schwestern aus anderen Verbänden geschah am 01.10.1938, indem es nur noch NS-Schülerinnen gewährt wurde, in die NS-Schwesternschaft übernommen zu werden (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 23).

Näheres zum Thema der Gesetzesänderungen im Sinne einer nationalsozialistisch orientierten Krankenpflegeausbildung, ihr Aufbau und ihre Inhalte werden in Kapitel 3.2 und in weiteren Gliederungspunkten ausführlicher dargestellt.

Von Februar bis Mai 1939 wurden, unter der Beteiligung von Dr. Karl Brandt, dem Leibarzt Adolf Hitlers, Vorbereitungen für die Ausführung der ‚Kindereuthanasie‘ getroffen. Im Juli bis September geschah selbiges für die ‚Erwachseneneuthanasie‘ (vgl. ebd., S. 24 f.). Diese umfangreiche Thematik, insbesondere die Beteiligung der pflegerischen Position an der ‚Euthanasie‘, bedarf aufgrund der Relevanz hinsichtlich der Fragestellung einer gesonderten Auseinandersetzung und wird im Kapitel 4 bearbeitet.

Im August 1939 mussten sich Hebammen und Ärzte zur Meldung von ‚missgestalteten‘ (ebd., S. 25) Kindern verpflichten. Einen Monat später, am 01.09.1939, begann der Zweite Weltkrieg. Zeitgleich wurden durch eine Verordnung die Sterilisationen in den Heil- und Pflegeanstalten weitestgehend eingestellt, da nun die systematische Ermordung von psychisch Kranken und ‚unwertem‘ Leben begonnen hatte. Die von Hitler unterzeichnete und auf den 01.09.1939 rückdatierte Ermächtigung zur ‚Euthanasie‘- Durchführung diente als Wegbereiter für ein entsprechendes Gesetz, das allerdings niemals erlassen wurde. Ende September führte ein Erlass des Reichsministeriums dazu, dass die Heil- und Pflegeanstalten für jeden Patienten und jede Patientin einen Meldebogen auszufüllen hatten. Diese Formalität wurde mit einer „planwirtschaftlichen Erfassung“ (ebd., S. 25) begründet. Noch im Dezember 1939 sollte der Beruf der Krankenschwester durch einen weiteren Erlass von demjenigen der Hebamme abgegrenzt werden. Die zeitgleiche Ausübung beider Berufe wurde untersagt (vgl. ebd., S. 24 ff.).

In den folgenden Kriegsjahren wurden die Gesundheitsberufe in die Organisation der Reichsverteidigung eingebunden, was dazu führte, dass immer mehr Krankenschwestern für die Wehrmacht freigestellt werden mussten. Grundsätzlich verpflichtete sich eine Krankenschwester im Kriegseinsatz, sieben Patientinnen und Patienten zu versorgen. Für Gebiete mit stärkster Gefährdung

20 Das Gesetz hat drei Verordnungen zum Inhalt: Die Krankenpflegeverordnung - KrpflV enthält Bestimmungen über die Krankenpflegeausbildung; die Ausführungsverordnung enthält Bestimmungen zur ihrer Ausführung; die Ergänzungsverordnung enthält weitere Vorschriften über die Errichtung von Krankenpflegeschulen (vgl. RGBl. I Nr. 154, 1938, S 1309-1320).

galt die Richtzahl 1:6. Ein Antrag auf Entlassung wegen Heirat wurde nunmehr grundsätzlich abgelehnt (vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 29).

Im Juni 1941 wurde die Zusammenführung der NS-Schwesternschaft mit dem Reichsbund angeordnet. Im Juli 1942 kam es schließlich zur Ausführung dieser Anordnung. Nunmehr existierte nur noch der NS-Reichsbund Deutscher Schwestern (NSRDS), welcher von der NSDAP betreut wurde (vgl. ebd., S. 28 f.).

Noch im August des selben Jahres wurde aus innen- und außenpolitischen Gründen ein „Euthanasie-Stopp“ (Aly, 1987, S. 18) verhängen. Die Ermordung von Menschen, welche sich außerhalb des nationalsozialistischen Gesundheits-Ideals bewegten, wurde allerdings in anderer Form weitergeführt. Hierfür wurden gezielt Medikamente und der Entzug von Nahrung eingesetzt. Im darauffolgenden Jahr wurde in der Wannsee-Konferenz über die „Endlösung der Judenfrage“ debattiert (Klich & Steppe, 1996, S. 28; vgl. Klich & Steppe, 1996, S. 28).

Der anhaltende Schwesternmangel führte letztendlich zur Zulassung von sogenannten „Mischlinge[n, d. Verf.] zweiten Grades“ (ebd., S. 28) zur Krankenpflegeausbildung.

Dabei bestanden jedoch verschiedene Einschränkungen, welche es den betreffenden Schwestern beispielsweise nicht erlaubten, in öffentlichen Anstalten beschäftigt oder gar Mitglied im NSRDS zu werden. In den Krankenpflegeschulen mit konfessionellem Hintergrund sollten im Besonderen die ‚Erbpflege‘, die ‚Rassenkunde‘, aber auch deutsche Geschichte den Transfer der nationalsozialistischen Ideologie begünstigen. Der Wunsch nach einer zentralisiert organisierten Krankenpflege führte darüber hinaus dazu, dass die Arbeitsämter im Sinne der NS-Ideologie das berufliche Fortbestehen zum Nachteil konfessioneller Schwestern koordinierten (vgl. ebd., S. 26 ff.).

Über den Prozess der Neuordnung schließlich erfuhr die Krankenpflege als ein Beruf der deutschen Frau im Dienst am Volk eine außerordentliche Aufwertung. Die Berufsethik wurde mit der nationalsozialistischen Ideologie gleichgeschaltet. Das immer wieder neu überarbeitete amtliche Lehrbuch war hierbei federführend. Im Zuge der Norm der „erb- und rassenideologischen“ Pflege sowie der aufopfernden Pflege für die ‚Volksgemeinschaft‘ zur Erhaltung der ‚Volksgesundheit‘, erschlossen sich für die Krankenschwestern im öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgabenbereiche, die mit nationalsozialistisch orientierter Beratung und Schulung einhergingen. Der engen Verbindung zum Volk sollte die pflichtbewusste Schwester unter anderem auch durch die Erfüllung ihrer Meldepflichten nachkommen²¹ (vgl. Weisbrod-Frey, 1996, S. 104).

Zu diesem Zweck wurden Lernschwestern Fertigkeiten für eine Krankenbeobachtung im Sinne der „Aufartung des Volkes“ (Christiansen et al., 1943, S. 30) vermittelt. Gerade das Pflichtbewusstsein der NS-Schwestern, das stets im Einklang mit ihrer hierarchischen Position hinter der Ärzteschaft und Vorgesetzten sein sollte, benennt Weisbrod-Frey nahezu als ‚Übererfüllung‘ (Weisbrod-Frey, 1996, S. 104) im Rahmen der vorherrschenden gesetzlichen Strukturen. Dabei darf vor allem die NS-Schwester als „[...] die Säule für den künftigen Schwesternberuf [...]“ herausgestellt werden (Mach, 1934, S. 45) (zit. in Weisbrod-Frey, 1996, S. 104).

21 Die Meldepflicht im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ist bei drohenden oder gar bestehenden körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen einzuhalten (vgl. Weisbrod-Frey, 1996, S. 103).

Der NS-Reichsbund Deutscher Schwestern und die Schwesternschaft der DRK wurden den Lernschwestern sowohl mittels der groß angelegten Werbekampagnen als auch in den Darstellungen des Lehrbuchs als ideale Lebens- und Versorgungsgemeinschaft vorgestellt, wohingegen den konfessionellen Schwesternschaften nur wenig propagandistische Beachtung zuteil wurde (vgl. ebd., S. 103).

Die Propaganda zeichnete den Schwesternberuf als eine erstrebenswerte Perspektive; hier könne politische Treue für das nationalsozialistische Ideal als Frau und Mutter ausgelebt werden. Kampfgeist, Selbstbewusstsein, Entschlusskraft, Verantwortung, das waren die Eigenschaften, durch die das Berufsbild der Krankenschwester im Strukturwandel eine gesellschaftliche Aufrichtung erfuhr (vgl. Duesterberg, 1996, S. 124).

Um in die beschriebene Komplexität pflegerisch-organisatorischer Strukturen Transparenz zu bringen, schließt dieses Kapitel mit zwei Abbildungen zur Organisation der Krankenpflege im Nationalsozialismus im Jahre 1933 (siehe Abbildung 1) sowie ab 1936 (siehe Abbildung 2).

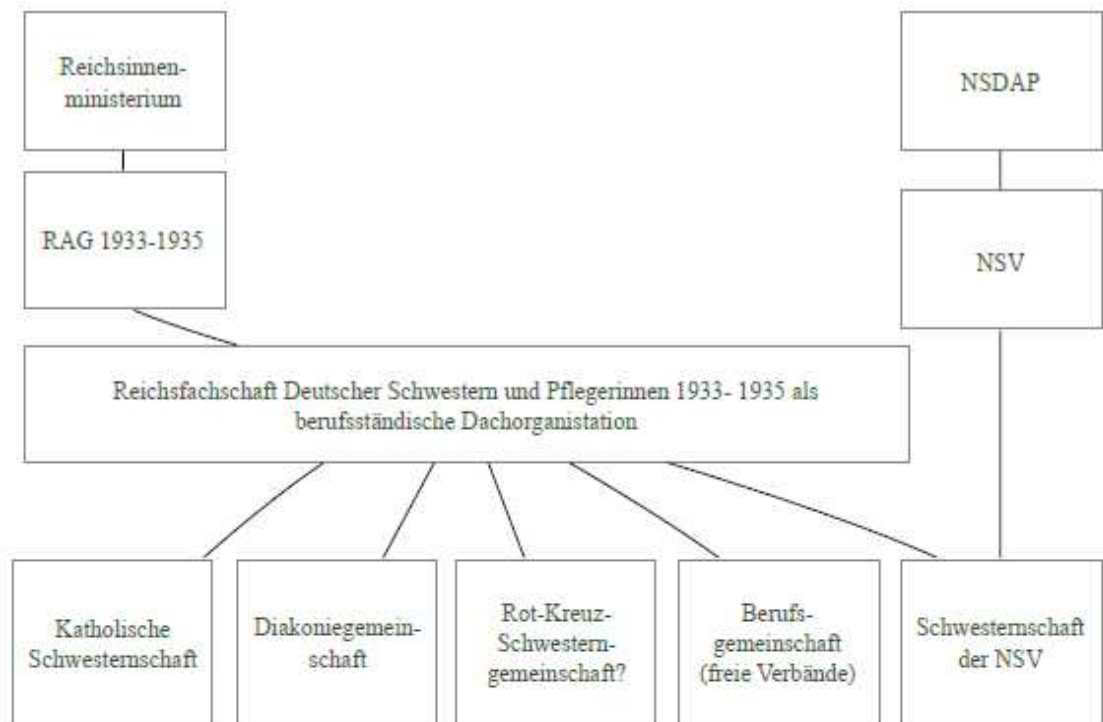


Abbildung 1: Organisation der Krankenpflege im Nationalsozialismus 1933 (Steppe, 1996, S. 63)

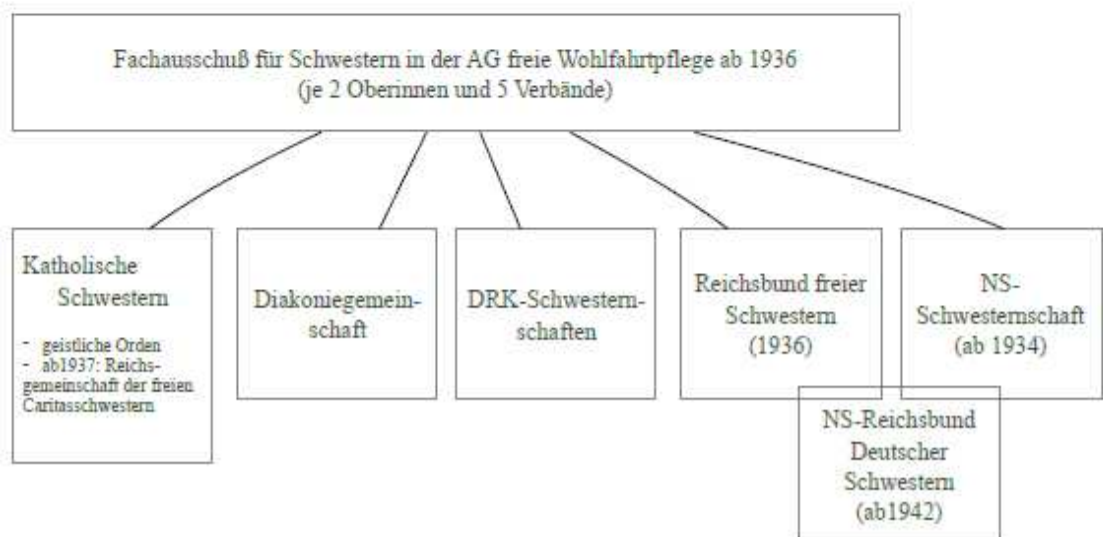


Abbildung 2: Organisation der Krankenpflege im Nationalsozialismus ab 1936 (ebd.)

3.1 Sozialdarwinismus, Eugenik und Rassenhygiene als nationalsozialistische Weltanschauung

„[...] es gibt nur ein heiligstes Menschenrecht, und dieses Recht ist zugleich die heiligste Verpflichtung, nämlich: dafür zu sorgen, daß das Blut rein erhalten bleibt, um durch die Bewahrung des besten Menschentums die Möglichkeit einer edleren Entwicklung dieser Wesen zu geben.“ (Hitler, 1933, S. 444) (zit. In Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 369)

Dieses Zitat findet sich in Hitlers 1926 fertiggestellter Programmschrift „Mein Kampf“ und soll gleich zu Beginn dieses Abschnitts die enge ideologische Verbundenheit der Begriffe Sozialdarwinismus, Eugenik und ‚Rassenhygiene‘ mit der Ideologie des Nationalsozialismus aufzeigen. Bei der Annäherung an diese Begriffe lässt sich zunächst aber einmal feststellen, dass sie keineswegs der NS-Zeit entspringen. Historisch wie auch ideologisch gibt es zwar viele Übereinstimmungen mit NS-Ideologie, allerdings bestanden sozialdarwinistische und eugenische Strömungen bereits weit vor 1933, ohne direkt von nationalsozialistischen Ideen beeinflusst worden zu sein. Im weiteren Verlauf soll daher die Zusammenkunft von Nationalsozialismus und Wissenschaft dargestellt werden.

Exemplarisch werden hierfür drei Protagonisten der Wissenschaft herangezogen, die nicht nur schon vor der Machtergreifung gewirkt haben, sondern auch direkt oder indirekt Einfluss auf die spätere sogenannte Rassenpolitik des Nationalsozialismus hatten.

Um biologistische politische Strömungen wie den Sozialdarwinismus zu verstehen, muss man sich zwingend mit Charles Darwin (1809-1882) befassen, der der Evolutionstheorie im 19. Jahrhundert²² zum Durchbruch verholfen hatte.

Durch die Annahme seines Entwicklungsgedanken gerieten nicht nur die statischen Bilder und Normen der christlichen Schöpfungsgeschichte ins Wanken, vielmehr wurden darwinistische Vorstellungen bald auch auf gesellschaftliche Vorgänge übertragen (vgl. Becker, 1990, S. 500).

An dieser Stelle soll zunächst der deutsche Arzt Wilhelm Schallmeyer (1857-1919) genannt werden, der als Begründer der Rassenhygiene gilt. Der im Nationalsozialismus wirkende Eugeniker Fritz Lenz (1887-1976), auf den im weiteren Verlauf noch ausführlich eingegangen wird, bezeichnete Schallmeyers Buch „Vererbung und Auslese“ (1903) als den Klassiker der deutschen Rassenhygiene (vgl. Becker, 1988, S. 4).

Nach Schallmeyer könne man beim Menschen neben einer biologischen Vererbung auch von einer zweiten Art von Vererbung sprechen: eine Tradition von kulturellen und zivilisatorischen Gütern. Das „Darwinsche Prinzip der Auslese sei deshalb auf einer biologischen und einer sozio-kulturellen Ebene“ (ebd., S. 6) anzuwenden. Schallmeyers Definition des Sozialdarwinismus lautet wörtlich:

„Im Gegensatz zu der ausschließlich auf leibliche Vererbung beruhenden Entwicklungsgeschichte des Tier- und des Pflanzenreiches weist die Menschheit neben ihrer organischen oder erblichen Entwicklung auch eine Kulturentwicklung auf, die vorwiegend auf bloßer Tradition und auf Anhäufung der Traditionswerte beruht. Aber die Bedeutung des Darwinschen Selektionsgedankens ist

22 Die Evolutionstheorie nach Darwin umfasst die Erklärung der Artentransformation, bei der die natürliche Auslese eine elementare Rolle spielt. Weiterführende Literatur findet sich in Charles Darwin „Über die Entstehung der Arten“ von 1859.

nicht auf die Entwicklung der erblichen biologischen Volkskonstitution und ihre sozialdynamische Würdigung beschränkt; denn nicht nur die erblichen Eigenschaften des Menschen unterliegen einer, durch Auslese geleiteten, Entwicklung, sondern es findet auch unter den nicht leiblich vererbbaaren sozialen und sonstigen kulturellen Errungenschaften, wie Familien-, Staats- und Wirtschaftsordnung, Sittlichkeit, Religion usw. im Laufe der Geschichte eine Auslese statt, und zwar durch Ausmerzung von Völkern, deren soziale Einrichtung und Kulturerzeugnisse den Anforderungen des Daseinskampf weniger angepasst sind, als die ihrer Konkurrenten. Die Entwicklungsgeschichte der menschlichen Kulturleistung ist also durch indirekte Selektion kontrolliert.“ (Schallmeyer, 1905, o. S.) (zit. in Becker, 1988, S. 6)

Schallmeyer stand mit seiner Ansicht zur Auslese im Kontrast zu britischen Anthropologen wie beispielsweise Francis Galton (1822-1911). Galton prägte den Begriff Eugenik bereits im Jahr 1883 und hatte vor, eine Strategie zu entwickeln, die zur Verbesserung der menschlichen Rasse führe. Seine praktischen Vorschläge, die er mit dem Begriff Eugenik betitelt, zielten darauf ab, die intellektuelle Elite Englands zu vermehren, indem diese untereinander früh heiraten und möglichst viele Kinder zeugen sollen. Von Generation zu Generation sollte so eine Elite heranwachsen (vgl. Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 37).

Galton wollte durch sein Programm das Vorkommen von angeblich hochwertigem Erbmateriale in der Gesellschaft vergrößern; es ging ihm also um eine „positive Eugenik“ (ebd., S. 39). Schallmeyer spricht dagegen von der „Bekämpfung der Degeneration durch die Verringerung des minderwertigen Erbmateriale in der Bevölkerung“ (ebd., S. 39), einer negativen Eugenik.

Interessant an dieser Stelle ist, dass Schallmeyer explizit bekannte, nicht auf die natürliche Auslese setzen zu wollen, sondern dass er glaubte, „[...] daß die in der Natur wirksame Lebensauslese als Mittel für die erstrebte Rassenhygiene ganz und gar nicht in Betracht kommt. Die Rassenhygiene erstrebt nur gewisse Beeinflussungen der Fortpflanzungsauslese, mittels derer ihre Ziele erreicht wären.“ (Schallmeyer, 1918, o. S.) (zit. in Becker, 1988, S. 9).

Wie diese „gewissen Mittel“ (ebd.) aussehen, beschreibt Schallmeyer in seinem bereits erwähnten und 1903 erschienenen Hauptwerk „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker“. Für ihn ergibt sich aus der Angst vor der Degeneration der ‚Rasse‘ die Forderung an die Staatsführung, beeinflussend auf „sozialgenerative und rassische Prozesse einzuwirken“ (ebd.). Schallmeyer meint dabei weniger staatliche Verbote oder Gebote, die die Fortpflanzung betreffen, als vielmehr eine Beeinflussung der öffentlichen Meinung im Sinne des ‚Rassendienstes‘ (ebd., S. 14) „[...] mittels entsprechender Jugenderziehung, dann durch geeignete gesellschaftliche Verteilung der Nachwuchskosten, ferner durch Reformen auf den Gebieten der Sexualordnung, des Erbrechts, des Steuerwesens, des Erwerbslebens, des öffentlichen Gesundheitswesens, des staatlichen und gemeindlichen Beamtensystems, des Strafrechts, der staatlichen Ehrung usw.“ (Schallmeyer, 1918 o. S.) (zit. in Becker, 1988, S. 14).

Auch wenn die Gedanken Schallmeyers im Sinne des Nationalsozialismus‘ umgeprägt wurden und nach 1918 noch einzelne Aspekte im ‚rassenhygienischen‘ Sinne korrigiert oder erweitert worden waren, bringt schon Schallmeyer den Geist der deutschen ‚Rassenhygiene‘ in seinem Hauptwerk zum Ausdruck und kann daher als Wegbereiter mit erheblichen Einfluss auf späterer NS-Politik angesehen werden (vgl. ebd.). Anzumerken ist jedoch, dass Schallmeyer den Begriff der ‚Rassenhygiene‘ selbst nicht verwendet hat. Der Urheber dieses Begriffes ist der deutsche Arzt Alfred Ploetz (1860-1940) (vgl. Becker, 1988, S. 58).

Ploetz gründete während seines Nationalökonomiestudiums eine Gruppe, die er Freie Wissenschaftliche Vereinigung nannte. Neben Ploetz waren auch die Brüder Carl und Gerhard Hauptmann Mitglieder. Aus dieser Art Geheimbund entstand dann schließlich, offiziell am 1. November 1893 polizeilich angemeldet, der Verein Pacific. Der Verein benannte als sein Ziel die Gründung einer germanischen Kolonie in Nordamerika. Ploetz selber wurde im Auftrag dieses Vereins in die Vereinigten Staaten von Amerika entsandt, um dort die Chancen einer Realisierung zu überprüfen. Er lebte für sechs Monate in einer Kolonie, die eine Idee aus Etienne Cabets Romans „Voyage en Icarie“²³ praktisch umzusetzen versuchte (vgl. Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 188).

Ploetz äußerte sich enttäuscht über seine Beobachtungen und schien gleichermaßen gestärkt in seinen ‚rassischen‘ Ansichten. Er attestierte der Kolonie:

„[...] daß [sie, d. Verf.] mit dem heutigen durchschnittlichen Menschenmaterial, besonders solcher mit größerer individueller Freiheit, nicht aufrechtzuerhalten wäre. Streitsucht, Mangel an Hingabe und Einsicht, Faulheit und Untreue spielten eine zu große Rolle. Aus diesen drei Einsichten entstand bei mir die Überzeugung, daß der Plan, den wir durchführen wollten, an der Qualität der Menschen und an der Möglichkeit die Kolonie zu verlassen, scheitern würde, und daß ich deshalb den Schwerpunkt meiner Bestrebungen auf Bemühungen richten mußte, die nicht bloß die Rasse schützen, sondern auch sie verbessern mußten.“ (Ploetz, Lebensereignisse, o. S.) (zit. in Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 194)

Wichtig für die weitere historische Entwicklungen der deutschen ‚Rassenhygiene‘ ist Ploetz’ 1895 erschienenes Hauptwerk „Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen“. Der Begriff ‚Rassenhygiene‘ wurde hier als Terminus zum ersten Mal genutzt. Weingart, Kroll und Bayertz (1996, S. 196) erkennen in dem Buch einen theoretischen Erkenntnisstand, der kaum über von Darwins hinausging, vielmehr handele es sich bei ihm um eine praktische Orientierungshilfe.

Ploetz selbst schreibt im Vorwort, dass es nicht nur an die Wissenschaft gerichtet sei, sondern vor allem an den „socialen Practiker“ (ebd.).

1904 beklagte Ploetz im Vorwort der von ihm gegründeten Zeitschrift „Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie“ (ARGB), dass die bisherigen Werke zum Thema einen eher pseudowissenschaftlichen Charakter hätten; und auch wenn diese bereits einen großen Einfluss auf die Öffentlichkeit haben, ginge es nun darum, die Ziele der Rassenhygiene wissenschaftlich zu verankern (vgl. ebd.).

Nach dieser Forderung lässt sich tatsächlich in den nachfolgenden Werken zur ‚Rassenhygiene‘ ein Differenzierungsversuch feststellen. Besaßen die bisherigen Werke einen im weitesten Sinne sozialwissenschaftlichen Charakter, orientierten sich die anschließenden Hauptwerke der ‚Rassenhygiene‘ nun an naturwissenschaftlichen Paradigmen (vgl. ebd.). Laut Becker (1988, S. 105) lässt sich das auch in den 37 Bänden der Zeitschrift ARGB feststellen, bei der Ploetz als Herausgeber wirkte. Dort wurden neben Artikeln mit ‚rassenpolitischer‘ Ideologie Artikel zu methodologischen Fragestellungen veröffentlicht, die bis heute wissenschaftliche Gültigkeit besaßen (vgl. Becker, 1988, S. 105). Ab 1911 wird schließlich Fritz Lenz von Alfred Ploetz redaktionell beteiligt.

23 23 Der Roman „Voyage en Icarie“ gilt als frühsozialistische Utopie, in der Menschen in einem durchorganisierten Arbeiterstaat leben. Ab 1849 versuchten Siedler, die Ideen des Romans in Illinois praktisch umzusetzen. Die Kolonie scheiterte 1857 am Konkurs (vgl. Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 188).

Der Arzt Fritz Lenz hat in der Gruppe der hier dargestellten Protagonisten eine außerordentliche Rolle inne. In Abgrenzung zu Ploetz verwarf Lenz die Idee einer „Verwissenschaftlichung der Rassen“ (Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 102) und lehnte eine exakte biologische Abgrenzung der ‚Rassen‘ ab. Er ging davon aus, dass eine Abgrenzung durch morphologische Merkmale, also Hautfarbe, Körper- und Schädelgröße nicht ausreiche, um eine ‚Rasse‘ zu definieren. Für ihn spielten besonders die angeblich geistigen und seelischen Unterschiede eine bedeutsame Rolle. Lenz war bewusst, dass er diese weder beweisen noch widerlegen konnte und äußerte diesen Gedanken auch öffentlich (vgl. ebd.). In einem Brief an seine Frau aus dem Jahre 1927 beschrieb sich Lenz daher auch als eine Art Prediger, der seine Vorhaben nur dann erreichen könne, wenn ein grundsätzlicher Meinungsumschwung in der Gesellschaft stattfinde (vgl. Becker, 1988, S. 138).

Schon vor dem Erstarken des Nationalsozialismus in Deutschland war Fritz Lenz bemüht, sein ‚rassenhygienisches‘ Denken mit der Entwicklung politischer Maßnahmen zu koppeln. So nannte er sein Ziel, die „Verhinderung der Degeneration und die Erhaltung der Rasse“ (ebd., S. 139), zwar eine Utopie, versuchte sich dieser in der Wirklichkeit dennoch so gut wie möglich zu nähern (vgl. ebd.). Fritz Lenz' Ideen entstammen nicht dem Nationalsozialismus, vielmehr sah er in der Politik der NSDAP seine Ideen aufgegriffen. Ab 1913 war er Herausgeber des ARGB, in dem er sich bereits 1931 mit der NSDAP auseinandersetzte. Er ging der Frage nach, inwieweit Hitler in seinem Buch „Mein Kampf“ ‚rassenhygienische‘ Thesen aufgriff bzw. sich zu eigen machte. Viele Stellen werden von Lenz wörtlich zitiert und kommentiert; auch äußerte er sich über die am Anfang dieses Kapitels zitierte Aussage Hitlers positiv (vgl. ebd.). Generell begrüßt Lenz Hitlers ‚rassenpolitische‘ Gedanken und sagt wörtlich: „Von eigentlich rassenhygienischen Büchern hat Hitler, wie ich höre, die zweite Auflage des Bauer-Fischer-Lenz²⁴ gelesen, und zwar während seiner Festungshaft in Landsberg. Manche Stellen daraus spiegeln sich in Wendungen Hitlers wider. Jedenfalls hat er die wesentlichen Gedanken der Rassenhygiene und ihre Bedeutung mit großer geistiger Empfänglichkeit und Energie sich zu eigen gemacht [...]“ (Lenz, 1931, S. 308) (zit. in Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 373)

An dieser Stelle zeigt sich deutlich die Verbindung von Wissenschaft und Politik der NSDAP. Weingart, Kroll und Bayertz (1996, S. 370) bezeichnen dieses Verhältnis als utilitaristisch, das heißt, die nach der Macht strebende politische Bewegung und die nach Professionalisierung und Institutionalisierung strebenden Wissenschaftler erhofften sich, voneinander profitieren zu können. Trotzdem sei an dieser Stelle erneut angemerkt, dass bereits vor 1933 eine ideologische Gemeinsamkeit vorlag, die eine Zusammenführung von Wissenschaft und Politik erleichterte. Lenz geht darauf in der 3. Auflage des bereits erwähnten Buches „Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ genauer ein.

Lenz sah eine Wesensverwandtschaft in ‚rassenhygienischen‘ Vorstellungen und wollte diese herausstellen, um die nationalsozialistische Bewegung für ‚rassenhygienische‘ Reformen zu gewinnen (vgl. ebd., S. 382). Lenz war der Ansicht, ‚rassenhygienische‘ Politik stehe generell über den Parteien, allerdings versprach er sich aufgrund der ideologischen Affinität zum Nationalsozialismus eine Unterstützung seiner eigenen Ideen. Er ging sogar so weit, 1933 in seinem neu aufgelegten Buch „Zur

24 Gemeint ist das 1923 erschienene Buch „Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ von Erwin Bauer, Eugen Fischer und Fritz Lenz selbst. Das Buch gilt als Standardwerk der deutschen ‚Rassenhygiene‘ und wurde bis in die NS-Zeit immer wieder erweitert und neu aufgelegt.

Erneuerung der Ethik“ von 1917 die geistige Urheberschaft der Rassenpflege im Nationalsozialismus zu beanspruchen (vgl. ebd., S. 383).

Da es diese Arbeit vom Umfang her übersteigen würde, das gesamte Werk „Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“ des Genetikers Erwin Baur (1875-1933), des Anthropologen Eugen Fischer (1874-1967) und Fritz Lenz' zu rezipieren, sollen abschließend zu diesem Kapitel nur einige Kernaussagen wiedergegeben und die dann später mit Zitaten Hitlers in Verbindung gebracht werden.

Das Buch ist in zwei Bänden erschienen, es wird sich allerdings nur auf den zweiten Band „Menschliche Auslese und Rassenhygiene“ bezogen, da dieser ausschließlich von Fritz Lenz verfasst wurde. Die Parallelen zwischen Lenz' Ansichten und Hitlers „Mein Kampf“ sind nicht zu übersehen. Deutlich wird dies an einem Zitat über die Rolle des völkischen Staates in „Mein Kampf“:

„Der völkische Staat hat die Rasse in den Mittelpunkt des allgemeinen Lebens zu setzen. Er hat für die Reinhaltung zu sorgen. Er hat das Kind zum kostbarsten Gut eines Volkes zu erklären. Er muß dafür Sorge tragen, daß nur wer gesund ist, Kinder zeugt; daß es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen, doch eine höchste Ehre: darauf zu verzichten. Umgekehrt aber muß es als verwerflich gelten, gesunde Kinder der Nation vorzuenthalten. Der Staat muß dabei als Wahrer einer tausendjährigen Zukunft auftreten, dem gegenüber der Wunsch und die Eigenschaft des Einzelnen als nichts erscheinen und sich zu beugen haben. Er hat die modernsten ärztlichen Hilfsmittel in den Dienst dieser Erkenntnis zu stellen. Er hat, was irgendwie krank und erblich belastet und damit weiter belastend, zeugungsunfähig zu erklären und dies auch praktisch durchzusetzen. Er hat umgekehrt dafür zu sorgen, daß die Fruchtbarkeit des gesunden Weibes nicht beschränkt wird durch finanzielle Luderwirtschaft eines Staatsregiments, daß den Kindersegen zu einem Fluch für die Eltern gestaltet. Er hat mit jeder faulen, ja verbrecherischen Gleichgültigkeit, mit der man heute die sozialen Voraussetzungen einer kinderreichen Familie behandelt, aufzuräumen und muß sich an die Stelle dessen als oberster Schirmherr dieses köstlichen Segens eines Volkes fühlen. Seine Sorge gehört mehr dem Kinde als dem Erwachsenen. Wer körperlich und geistig nicht gesund und würdig ist, darf sein Leid nicht im Körper seines Kindes verewigen.“ (Hitler, 1933, S. 444) (zit. in Weingart & Kroll & Bayertz, 1996, S. 367 ff.)

Wie Hitler sieht Lenz vor, durch steuerliche Vergünstigungen für kinderreiche Familien die Verwirklichung des Kinderwunsches des „positiven Erbmaterials“ (Becker, 1988, S. 154) zu erleichtern (vgl. ebd.). Ebenfalls besitzt für Lenz das „Interesse der Rasse“ (Becker, 1988, S. 155) Priorität gegenüber dem „Interesse des Einzelnen“ (ebd.); der individualmoralische Standpunkt müsse daher gegenüber dem sozialmoralischen zurücktreten (vgl. ebd.). Gleichzeitig sieht er es als soziale Pflicht der ‚Gesunden‘ (ebd., S. 167) an, für tüchtigen Nachwuchs zu sorgen und erkennt darin eine unerlässliche Bedingung für das Gedeihen des eigenen Volkes (vgl. ebd.). Zudem schreibt er wie Hitler dem Staat die Rolle zu, dafür zu sorgen, dass sich die Gesellschaft durch die ‚rassenhygienischen‘ Reformen neu formt. Auch wenn sich Lenz anfangs aufgrund der unklaren Gesetzeslage gegen eine Zwangsterilisation ausspricht und befürchtet, dass diese Maßnahme von der Bevölkerung negativ bewertet würde, befürwortet er doch die freiwillige Sterilisierung von ‚Minderwertigen‘. Die Ärzteschaft sollte ihren Patienten und Patientinnen dazu raten, sich einer freiwilligen Operation zur Unfruchtbarkeit zu unterziehen (vgl. ebd.).

3.2 Gesetzesänderung in der Krankenpflege als Ausdruck nationalsozialistischer Ideologie

Wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels erwähnt, wurde zum 28. September 1938 das „Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege“ mit drei ergänzenden Verordnungen erlassen. Begründet wurde der Erlass des Gesetzes mit der Verantwortung des Staates für die Gesundheit seines Volkes und der Pflicht jedes Einzelnen, für die Gesundheit seiner selbst und seiner Nachkommen zu sorgen (vgl. Weisbrod-Frey, 2001, S. 88).

Neben der organisatorischen und pädagogischen Vereinheitlichung dient das Gesetz vor allem der Einführung von ‚rassisch‘-völkischer Ideologie in die Krankenpflegeausbildung.

Durch den Erlass ist es der Reichsregierung möglich, die Zulassungsvoraussetzungen und Ausbildungsinhalte im Sinne der NS-Politik zu gestalten und zu kontrollieren (vgl. RGBl. I Nr. 154, 1938, S. 1309 f.). Im weiteren Verlauf sollen der Aufbau des Gesetzes und die mit Ideologie besetzten Abschnitte genauer erläutert werden.

In der ersten ergänzenden Verordnung ist festgelegt, wer die Voraussetzungen erfüllt, um die Berufsausbildung zur Krankenschwester oder Krankenpfleger antreten zu können. So heißt es in §7:

(3) Der Bewerber hat nachzuweisen,

1. daß er deutschen oder artverwandten Blutes ist durch Vorlage des Ahnenpasses oder seiner Geburtsurkunde, der Heirats- und Geburtsurkunden seiner Eltern und der Geburtsurkunde seiner Großeltern. Ist er verheiratet, so hat er die entsprechenden Urkunden auch für seinen Ehegatten vorzulegen,
2. die Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
3. seinen guten Leumund durch ein polizeiliches Führungszeugnis,
4. abgeschlossene Volksschulbildung,
5. die gesundheitliche Eignung für den Beruf auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses. (RGBl. I Nr. 154, 1938, S. 1311)

Die Voraussetzungen werden 1938 vom Ministerialrat im Reichsministerium des Inneren, Dr. Bruno Engel, in der Zeitschrift der Reichsfachschaft „Die Deutsche Schwester“ kommentiert. So heißt es als Begründung zum Nachweis der Abstammung:

„Diese Forderung entspricht der besonderen Bedeutung des Berufes der Krankenschwester, die ja nicht nur vielfach in nahe körperliche Berührungen mit ihren Pfleglingen kommt, sondern mit diesen auch enge seelische Fühlungnahme gewinnen muß, was nur unter artgleichen Menschen möglich ist ... Juden dürfen, wie schon seit einiger Zeit, nur in jüdischen Krankenpflegeschulen aufgenommen werden. Diesen Schulen ist die Aufnahme deutschblütiger Schülerinnen verboten.“ (Engel, 1938, S. 259) (zit. In Weisbrod-Frey, 2001, S. 89)

Diese Erklärung erscheint ganz im Einklang mit typischen nationalsozialistischen Denkweisen. Weisbrod-Frey (2001, S. 89) sieht das Zugangsverbot für Juden als ein Glied in der Kette antisemitischer Gesetzgebungen und der folgenden systematischen Vernichtung der europäischen Juden.

In Abs. (2) §7 der ersten Verordnung heißt es zusätzlich: „Die Zulassung setzt voraus, daß der Bewerber politisch zuverlässig ist.“ (RGB1. I Nr. 154, 1938, S. 1311). Der Krankenpflegeschule wird in der zweiten Verordnung in Abs. (1) §6 die gesetzliche Erlaubnis gegeben, sich über die Bewerberinnen oder Bewerber bei der zuständigen Verwaltungsbehörde Informationen einzuholen und somit die politische Zuverlässigkeit zu überprüfen (vgl. ebd., S. 1314). Mit Inkrafttreten des Gesetzes werden somit Menschen ausgeschlossen, die nicht in das völkisch-ideologische Weltbild des Nationalsozialismus passen. Eine politische Einflussnahme wird somit bereits vor der Ausbildung rechtlich legitimiert.

Eine weitere Einwirkung durch die Reichsregierung lässt sich in den Paragraphen zur Regelung der Krankenpflegeschulen feststellen. Krankenhäuser werden beispielsweise dazu verpflichtet, in ihrer Institution Krankenpflegeschulen einzurichten: „Die Träger öffentlicher Krankenpflegeanstalten haben bei ihrem Krankenanstalten Krankenpflegeschulen einzurichten und zu unterhalten. Ausnahmen kann der Reichsminister des Inneren zulassen.“ (ebd., S. 1311). Gleichzeitig ist die Regierung durch die Verordnung in der Lage, einer Krankenpflegeschule die staatliche Anerkennung zu entziehen, wenn kein „öffentliches Bedürfnis vorliegt“ (ebd., S. 1314). Der Staat erhält also durch dieses Gesetz umfangreiche Möglichkeiten, die Krankenpflegeausbildung nach Bedarf zu organisieren.

Ebenfalls werden an die Leitung einer Krankenpflegeschule bestimmte Anforderungen gestellt. So wird im gleichen Paragraphen festgesetzt, dass eine staatliche Anerkennung zu versagen ist, wenn:

1. dem Leiter der Schule die politische oder sittliche Zuverlässigkeit fehlt,
2. der Leiter der Schule wegen seiner oder seines Ehegatten Abstammung nicht Beamter werden könnte (ebd., S. 1311).

Die Voraussetzungen gelten somit sowohl für die Auszubildenden als auch für die Leitung einer Schule. Es wird durch das Gesetz also umfassend für eine ideologische und völkische Gleichschaltung gesorgt. Die Regierung hat alle Regularien geschaffen, um auf die Ausbildung Einfluss zu nehmen und sie nach ihren Vorstellungen zu steuern.

Auf die ideologischen Inhalte der Ausbildung wird in den folgenden Kapiteln ausführlich eingegangen.

3.2.1 Aufbau und ideologische Inhalte der Krankenpflegeausbildung

„Krankenpflege ist Dienst an der Volksgemeinschaft. Sie hat als Teil des Gesundheitsdienstes am deutschen Volk die Aufgabe, mitzuhelfen, daß durch Krankheit gefährdetes Leben von Kindern, Männern und Frauen erhalten wird, eine Aufgabe, von deren Erfüllung das Schicksal des Volkes entscheidend abhängig ist, denn eine fachkundige Krankenpflege erhält dem Volk Träger deutschen Erbgutes, Arbeitskräfte der Faust und des Kopfes sowie Waffenträger. An dem Wachsen, Blühen und Gedeihen eines Volkes hat somit auch die Krankenpflege ihren Anteil. Der Krankenpflege liegt es aber auch ob, Kriegs- und Arbeitsinvaliden sowie allen den erfüllten erlöschenden Leben durch treue Pflege den Dank der Volksgemeinschaft abzustatten.“ (Christiansen et al., 1943, S. 1)

Dies ist der erste einführende Absatz des Krankenpflegelehrbuchs von 1943, indem mit wenigen Worten eindeutig der erstrebenswerte ideologische Standpunkt der Krankenpflege markiert wird. Der Beruf der Krankenpflege sei, wie es bereits im einleitenden Kapitel aufgezeigt wurde, mit unersättlichem Pflichtbewusstsein, erzieherischen Fähigkeiten, Sorgfalt und Sicherheit verbunden und Pflege sei ausschließlich denjenigen Personen angedeihen zu lassen, die Leistungen für die nationalsozialistische ‚Volksgemeinschaft‘ erbringen können. Ebenso kristallisieren sich Verzicht und Unterordnung als zwei zentrale Attribute heraus, die für die Lernschwestern zur Einhaltung verpflichtend sind (vgl. ebd., S. 1 ff.).

Die Bewerberinnen zur Krankenpflege wurden unter verschiedenen Voraussetzungen zugelassen. Das wichtigste Kriterium war, wie bereits in 3.2 erwähnt, die politische Zuverlässigkeit. Aber auch ein hauswirtschaftliches Praktikumsjahr war eine der Zugangsvoraussetzungen zur Krankenpflegeausbildung. Diese Vorbereitung beschrieb Engel als Notwendigkeit, „[...] weil es untragbar ist, daß eine Krankenschwester der erkrankten oder durch Pflege überlasteten Hausfrau nicht auch in der Hausarbeit mit Rat und Tat zur Seite stehen kann.“ (Engel, 1938, S. 259) (zit. in Weisbrod-Frey, 1996, S. 90). Solche essentiellen Fertigkeiten gehörten zum nationalsozialistischen Rollenbild der Frau. Nach den Autoren der Projektgruppe „Volk & Gesundheit“ wurden dem weiblichen Wesen traditionelle Werte wie Ehe und Mutterschaft als „schönste Erfüllung ihrer Lebensaufgabe“ präsentiert (Projektgruppe „Volk und Gesundheit“, 1982, S. 101).

Nach der 1. Durchführungsverordnung des „Gesetzes zur Ordnung der Krankenpflege“ (siehe Kapitel 3.2) absolvierte die Lernschwester eine anderthalbjährige Ausbildung mit einer Einführung in die weltanschaulichen und sittlichen Grundlagen, welche mit dem Beruf einhergingen. Zudem wurden sie zur regelmäßigen Körperschulung angehalten (vgl. RGBL. I Nr. 154, 1938, S. 1311). Für die Lernschwestern bedeutete ebendiese Schulung ein tägliches morgendliches Turnprogramm von zehn Minuten mit besonderem Augenmerk auf gymnastische Fußübungen zur Kräftigung der Muskulatur. Dem unnatürlichen Laufen in Schuhen während des beruflichen Alltags sollte damit durch eine Lockerung und Kräftigung des Rumpfes entgegengewirkt werden. Nicht zuletzt sollte das Programm die Schülerinnen darin unterstützen, eine nationalsozialistische Haltung zu entwickeln. Die Übungen, als eine Art fürsorgliches Programm der Reichsregierung, sollten sowohl die Leistungsfähigkeit in der pflegerischen Arbeit steigern als auch für eine positive Verinnerlichung von nationalsozialistischer Ideologie sorgen (vgl. Weisbrod-Frey, 1996, S. 93 f.).

Grundsätzlich war die Ausbildung eher praktischer Natur. Der theoretische Unterricht begann aber bereits im ersten Halbjahr und umfasste mindestens 200 Stunden, davon sollten mindestens 100 von

Seiten des ärztlichen Personals abgehalten werden (vgl. RGBl. I Nr. 154, 1938, S. 1315). Nach der Ausführungsverordnung vom 28. September 1938 sollte der Unterricht folgende Lehrfächer umfassen:

I. Berufslehre und Berufskunde,

II. weltanschauliche Schulung, Erb- und Rassenkunde, Erb- und Rassenpflege, Bevölkerungspolitik,

III. Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers, Gesundheitslehre, allgemeine und persönliche Hygiene,

IV. Krankheitslehre (Allgemeines, Krankheitserscheinungen, Infektionskrankheiten),

V. Ernährung (Grundlagen, Krankenkost),

VI. Krankenpflege (Versorgung des Kranken und Hilfsleistungen bei der Untersuchung, Ausführung ärztlicher Verordnungen, Hilfsleistung bei Operationen, erste Hilfe bei Unglücksfällen, Pflege bei übertragbaren Krankheiten, einschließlich Geschlechtskrankheiten, Kenntnis der amtlichen Desinfektionsanweisungen, Pflege Geisteskranker, Pflege Sterbender),

VII. Volksgesundheitspflege (Wochenpflege, Säuglingspflege, gesundheitliche Vor-, Für- und Nachsorge),

VIII. Gesetze und Verordnungen,

IX. Sozialversicherung und Unfallverhütungsvorschriften.

(RGBl. I Nr. 154, 1938, S. 1315)

Am 8. Dezember 1942 wurde die Ausbildungszeit der Lernschwestern auf zwei Jahre ausgedehnt. Das sich an die nach erfolgreich absolvierter Prüfung anschließende berufspraktische Jahr war mit dieser Erneuerung hinfällig (vgl. Weisbrod-Frey, 1996, S. 114). Die theoretische und praktische Prüfung erfolgte schließlich an zwei aufeinander folgenden Tagen und bezog sich auf die vorangegangenen Lehrfächer. Die Lernschwester musste hierfür eine entsprechende Prüfungsgebühr entrichten (vgl. RGBl. I Nr. 154, 1938, S. 1312).

Im Folgenden soll exemplarisch an der Krankenschwester Katharina Hammel²⁵ die Bedingungen für die Lernschwestern zur NS-Zeit skizziert werden. Hammel arbeitete im Jahr 1939 zunächst als ungelernte Pflegerin auf einer Frauenstation. Kurz darauf begann sie die Krankenpflegeausbildung. Aufgrund des Krieges wurde das für den Unterricht verantwortliche medizinische Personal immer wieder eingezogen, sodass dieser nur in unregelmäßigen Abständen stattfand. Ihre Ausbildung konnte sie daher erst 1950 beenden. Den Werdegang der Ausbildung beschrieb sie mit folgenden Worten:

„Wir erhielten wenige Stunden Pflegeunterricht von der Oberin. Lehrer für Krankenpflege gab es nicht. Unterrichtet wurden wir meist zweimal wöchentlich ein bis zwei Stunden, aber immer in unserer Freizeit. [...] Wir arbeiteten vier Wochen im Tag- und vier Wochen im Nachtdienst, Urlaub hatten wir nicht. Wir mussten im Haus wohnen und abends um 21 Uhr wurde die Türe abgeschlossen. Bei meinen Eltern durfte ich nur übernachten, wenn ich am nächsten Tag frei hatte.“ (Leonhardt-Braun, 1996, S. 117)

25 Katharina Hammel (*1916) wurde von Ulrike Leonhardt-Braun zu ihrer Pflegeausbildung unter nationalsozialistischer Führung interviewt.

Das Krankenpflegelehrbuch wurde nach der Ausführungsverordnung von 1938 als amtliches Lehrbuch dem theoretischen Unterricht zugrundegelegt (vgl. RGBI. I Nr. 154, 1938, S. 1315). Von 1937 bis 1943 wurden fünf völlig neu überarbeitete Auflagen vom Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst herausgegeben. Bereits seit 1935 waren die Inhalte wie Vererbungslehre, ‚Rassenkunde‘ und ‚Rassenhygiene‘ in Schulen des Deutschen Reiches verpflichtend unterrichtet worden, sodass die nationalsozialistische Indoktrinierung mittels des Krankenpflegelehrbuches lediglich das Spektrum zur Verbreitung der Ideologie amplifizierte (vgl. Schweikardt, 2009, S. 129).

Die 11. Auflage von 1937 erfuhr mit dem Kapitel der „Erb- und Rassenpflege“ gegenüber der vorangegangenen Auflage von 1928 eine grundlegende Erneuerung im nationalsozialistischen Sinne. Im Vorwort jener Ausgabe wurde dies folgendermaßen begründet:

„Seit dem Erscheinen der letzten Auflage sind nicht nur auf politischweltanschaulichem Gebiete, sondern auch in manchen Einzelfragen grundlegende Änderungen eingetreten, die eine vollständige Überarbeitung notwendig machten.“ (Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst, 1937, Vorwort).

Der gesundheitspolitische Aspekt wurde mit der Benennung von erlassenen Gesetzen durch die nationalsozialistische Regierung umspannt. Erwähnung finden das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher“²⁶, aber auch das „Ehegesundheitsgesetz“ sowie das „Blutschutzgesetz“ (vgl. Schweikardt, 2009, S. 132).

Die 12. Überarbeitung von 1938 vermittelte der Lernschwester „erb- und rassenideologische“ Inhalte. Das Kapitel zur „Erb- und Rassenpflege“ wurde an den Anfang des Lehrbuches gestellt und gewann signifikant an Umfang. Zwei Buchveröffentlichungen²⁷ aus dem Vorjahr, welche sich mit ‚erbpflegerischen‘ und ‚rassengesetzlichen‘ Aspekten auseinandersetzten, beeinflussten diesen wachsenden Umfang und seine berufspolitischen Konnotationen ungemein. Mit der differenzierten Betrachtung sollte vor allem die Bedeutsamkeit zum Ausdruck kommen, die diesem Thema beizumessen sei. Ein besonderes Augenmerk galt weniger der ‚Erbpflege‘ im praktischen Sinne als Verpflichtung des Staates, als vielmehr dem Kapitel, welches die Erbkrankheiten hinsichtlich des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ behandelte (vgl. ebd., S. 133). In diesem Kapitel wurde die Unfruchtbarmachung mittels des Gesetzes eindeutig als Gefahrenabwehr im Interesse der Allgemeinheit gerechtfertigt, aber auch im vermeintlichen Einvernehmen des Betroffenen.

„Die Notwendigkeit, die Erbkrankheiten, die für das Bestehen unseres Volkes am gefährlichsten sind, weitgehend auszumerzen auf der gesetzlichen Grundlage des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, wird aus den weiteren Ausführungen in denen diese Krankheiten geschildert werden sollen, eindringlich erhellen.“ (Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1938, S. 21).

Das Erbgesundheitsgericht²⁸ wurde im Lehrbuch als diejenige Institution vorgestellt, der sowohl die Entscheidungsgewalt über die Eheerlaubnis im Sinne des „Ehegesundheitsgesetzes“ oblag, als auch

26 Das Gesetz wurde am 24. November 1933 erlassen und maßregelte unter anderem die Unterbringung von Straftätern in Heil- und Pflegeanstalten, aufgrund verminderter Zurechnungsfähigkeit oder gar Unzurechnungsfähigkeit (vgl. RGBI. I Nr.133, 1933, S. 995 f.).

27 „Die deutsche Erbpflege“ von Gerhard Friesse und Hans Joachim Lemme und „Rasse, Recht und Volk“ von Falk Ruttke.: Die drei Autoren waren Angehörige des Reichsausschuß für Volksgesundheit. Ebendiese Behörde gab auch das Krankenpflegelehrbuch heraus (vgl. Schweikardt, 2009, S. 132).

die über endgültige Beschlüsse von Sterilisationen zum Zweck der „Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (RGBl. I Nr. 86, 1933, S. 529).

Differenzierte Ausführungen zur tatsächlichen Durchführung von Zwangssterilisationen fanden sich allerdings im Lehrbuch nicht wieder (vgl. Schweikardt, 2009, S. 133 f.).

Die 13. Auflage von 1939 erfuhr mit den neu aufgenommenen Unterkapiteln zur „Volkspflege“ und „Maßnahmen der Rassenpflege“ nochmals eine erhebliche Erweiterung und offenbarte die antisemitischen Normen im Wertesystem des NSRegimes.

Beispielhaft definierten rechtliche Maßnahmen wie die Beschränkungen der Berufsausübung und Eheschließung das Ressentiment gegenüber jüdischen Menschen.

Den Lernschwestern wurde im Zuge der Rassenpflege neben den Nürnberger Gesetzen auch die sogenannten Arierparagraphen²⁹ näher gebracht (vgl. ebd., S. 134). Die Differenzierung von ‚jüdisch‘, ‚Mischling 1. Grades‘ und ‚2. Grades‘, sowie vom ‚deutschblütigen‘ (ebd., S. 134 f.) gehörten ebenso zu den „deutschen rassengepflegenden Maßnahmen“ (Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1939, S. 74), die das Lehrbuch propagierte, wie auch der Hinweis von unerwünschter ‚Vermischung‘ mit ‚Negern‘, ‚Eskimos‘ und ‚Zigeunern‘ (Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1939, S. 74).

Die 14. Auflage von 1941 warf nun erstmalig eine bevölkerungspolitische Fragestellung auf, die den Lernschwestern ihre entscheidende Position innerhalb der deutschen ‚Volksgemeinschaft‘ unmissverständlich zum Ausdruck bringen sollte. Sie lautete: „War, wie behauptet wurde, das deutsche Volk wirklich trotz seiner scheinbar doch guten gesundheitlichen Verfassung zur Zeit der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus ein sterbendes Volk?“ (Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1941, S. 12). Mit der daran anschließenden quantitativen Beweisführung hinsichtlich einer Bedrohung³⁰ für das deutsche Volk appellierte der Herausgeber des Lehrbuchs an die Leserinnen, ihre berufspolitischen Aufgaben besonders gewissenhaft wahrzunehmen.

Dazu zählten die „[...] Geburtenfreudigkeit der Erbgesunden zu erhöhen und den Nachwuchs Erbkranker zu verhüten.“ (ebd., S. 13). Gleichsam beschreibt der ‚erbbiologische‘ Inhalt das Aufgabenfeld der Erbbestandsaufnahme für das Pflegepersonal mit der Betonung auf den

28 Das Erbgesundheitsgericht, aus einem Amtsrichter sowie zwei Ärzten bestehend, sollte als unabhängige Institution fungieren, sodass Entscheidungen „mit der notwendigen Sachkunde und unabhängig von irgendwelchen Außenstehenden nach bestem Wissen und Gewissen so getroffen werden, wie es das Wohl der Volksgemeinschaft verlangt.“ (Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1938, S. 54 f.)

29 Die ‚Arierparagraphen‘ werden unter dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ gefasst und wurden am 7. April 1933 erlassen. Das Gesetz regelte mit unter die sofortige Versetzung von Beamten nicht-‚arischer‘ Abstammung in den Ruhestand (vgl. RGBl. I Nr. 34, 1933, S. 175).

30 Als Bedrohung für das deutsche Volk wurde, einhergehend mit der voranschreitenden medizinischen und fürsorglichen Entwicklung, beispielsweise die steigende Geburtenfreudigkeit von ‚Erbkranken‘ und ‚Minderwertigen‘ beschrieben (vgl. Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1941, S. 12).

zuarbeitenden Charakter, welche die Krankenschwester gegenüber dem Arzt bedenkenlos einzunehmen hatte (vgl. Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, 1941, S. 30).

Eine Auseinandersetzung mit der letzten im NS-Regime erschienenen Auflage des Krankenpflegelehrbuchs hinsichtlich der dortigen Ausführungen zu „Erb- und Rassenpflege“ soll im anschließenden Unterkapitel genauer erfolgen.

Das amtliche Lehrbuch ist mit seinem nationalsozialistischen Profil als Fundament für den Gleichschaltungsprozess der Krankenpflege zu verstehen. Als eine zentrale ideologische Funktion aller während des NS-Regimes veröffentlichten Auflagen kann durchaus die Vertrauensgewinnung für den nationalsozialistischen Staat verstanden werden. Suggestivformulierungen zur fortwährenden Indoktrinierung erscheinen beispielsweise in Form der „Rasse als gemeinsames Schicksal“ (Schweikardt, 2009, S. 137). Die gleiche Funktion hatte auch der Appell zum Helfen. Die persönliche Ansprache offenbarte den Leserinnen, dass Kenntnisse der nationalsozialistischen „Erbund Rassenpflege“ dabei eine unumgängliche Voraussetzung seien. Das staatliche Handeln wurde hier also systematisch legitimiert. Selbst die persönliche Lebenspartnerwahl wurde in den Angaben des amtlichen Lehrbuchs als Ausdruck der Gesinnung gegenüber dem NS-Regime verstanden. Das Konzept der negativen Eugenik verstand sich als praktische Umsetzung der Ideologie (vgl. ebd., S. 137 f.).

Normative Begriffe wie Dienen, Hingabe und Einsatzbereitschaft, welche im konfessionellen Rahmen seit Jahrzehnten die pflegerische Berufung symbolisierten, verloren zwar nicht an Aktualität, wurden jedoch für das Wertesystem des Nationalsozialismus mit anderen Inhalten gefüllt und damit nutzbar gemacht (vgl. Kruse, 1995, S. 112).

3.2.2 Erb- und Rassenpflege nach dem Krankenpflegebuch von 1943

Wie bereits in Kapitel 3.2 ausgeführt, erschien nach der Einführung des staatlichen Krankenpflegeexamens in Preußen 1907 ab 1909 ein staatliches Krankenpflegelehrbuch, welches den gesamten Inhalt der Prüfung umfasste. Das Buch erschien im Thieme Verlag bis 1951 in 18 Auflagen, in die Zeit des Nationalsozialismus fielen 5 Auflagen. Auflage 11 wurde 1937 völlig überarbeitet und erschien schließlich 1943 in der 15. Auflage zum letzten Mal im nationalsozialistischen Deutschland (vgl. Schweikardt, 2009, S. 127). Herausgeber ist ab 1937 im Auftrag des Reichsministerium des Inneren der Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst. Zusätzlich werden 15 Personen genannt, die am Buch mitgearbeitet haben. Einer Internetrecherche zufolge handelt es sich hierbei ausschließlich um Ärzte, Pflegepersonen werden dagegen nicht genannt (vgl. Christiansen et al., 1943, 2 ff.)

Im Folgenden wird auf die letzte nationalsozialistische Ausgabe des Krankenpflegelehrbuches von 1943 näher eingegangen. Das Buch umfasst die Kapitel A bis L, die wiederum in verschiedene Unterkapitel gegliedert sind. Bereits nach der Einführung in Kapitel A beginnt das Buch in Kapitel B mit dem Thema der Erb- und Rassenpflege, dem 25 Seiten gewidmet sind. Im Unterkapitel I erhält der Leser eine Definition der Begriffe Erb- und Rassenpflege:

„Unter Erbpflege verstehen wir die praktische Nutzanwendung der Ergebnisse der Erbkunde. Sie hat das Ziel, die Erbgesunden zu fördern und erbkranken Nachwuchs zu verhüten. [...] Unter Rassenkunde versteht man die Lehre von der Entstehung, dem Vorkommen und den Kennzeichen der Rassen. Die Rassenpflege hat die Aufgabe, die Nutzanwendung der Rassenkunde zu ziehen und die Rasse in ihrer Besonderheit rein zu erhalten.“ (ebd., S. 5)

Der Begriff ‚Rassenpflege‘ wird an dieser Stelle synonym zum bereits in Kapitel 3.1 erwähnten Begriff ‚Rassenhygiene‘ verwendet und bezeichnet Regelungen zur praktischen Umsetzung der in Kapitel 3.1 genannten Theorien der Eugenik.

Im weiteren Verlauf werden verschiedenen Rassen diverse äußerliche Merkmale zugeschrieben. Auf „seelische Eigenschaften“ (ebd., S. 7) wird ebenfalls hingewiesen, diese werden aber nicht weiter erläutert, da die Ausführungen zu umfangreich wären.

Genannt sei an dieser Stelle die Unterscheidung zwischen „artverwandten und artfremden Rassen“ (ebd.). Eine Paarung mit „artverwandten“ (ebd.), europäischen Rassen, sei weniger „rassenschadend“ (ebd.) als eine Paarung mit als „minderwertig“ (ebd.) bezeichneten Rassen wie „Juden, Zigeunern oder Negern“ (ebd.) (vgl. ebd., S. 7).

Hervorzuheben ist, dass zur theoretischen Erläuterung der Erblehre im ersten Abschnitt dieses Kapitels keine Unterscheidung zwischen Menschen, Tieren und Pflanzen getroffen wird. Vielmehr werden Beispiele der Vererbung von Merkmalen bei Pflanzen herangezogen, um daraus auf die Vererbung bei Menschen zu schließen. Anhand von anschaulichen und farbigen Stammbäumen werden die Mendelschen Regeln dargestellt.

Als Beispiele werden Blüten, Meerschweinchen und Schnecken abgebildet. Die direkte Verbindung zur Rassenpflege erfolgt mit einem Verweis auf den bereits in Kapitel 3.1 genannten Eugen Fischer, der nachgewiesen habe, dass die Vererbungsgesetze auch für den Menschen gültig seien. (vgl. Christiansen et al., 1943, S. 10).

Auf die eher sachliche und ideologiearme Beschreibung von Vererbungsgesetzen bei Pflanzen und Tieren folgt für die Lernschwestern eine politische Forderung, die bereits in der Ausgabe von 1941 enthalten war (siehe Kapitel 3.2.1), welche im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung als rhetorische Frage artikuliert wird:

„Schon einige Jahre vor der Machtübernahme haben ernste Männer auf die Gefahren hingewiesen, die das deutsche Volk an seiner Wurzel bedrohten. Sie wurden nicht müde, immer wieder ihre Warnungen dem deutschen Volk zuzurufen. War, wie behauptet wurde, das deutsche Volk wirklich trotz seiner scheinbar doch guten gesundheitlichen Verfassung zur Zeit der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus ein sterbendes Volk?“ (ebd., S. 11)

Als Antworten auf diese Frage werden zwei Erklärungen herangezogen. Zum einen sei durch den Geburtenrückgang ein Geburtendefizit entstanden, das 1933 mit 31% beziffert wird. Auf der anderen Seite bestünde, durch die Fortschritte in der Medizin und den Ausbau der Fürsorge, die Gefahr, dass sich Menschen mit ‚minderwertigem‘ Erbmaterial fortpflanzen. Der Lernschwester wird vorgerechnet:

„Wenn man nun einmal annimmt, daß 50% der Einwohner eines Dorfes erbkrank oder minderwertig wären und diese Erbkranken oder Minderwertigen würden sich mit 4 Kindern im Durchschnitt fortpflanzen, während die Erbgesunden, die die übrigen 50% der Einwohnerzahl darstellen sollen, in einer Generation nur 2 Nachkommen hervorbrächten, so würde in 3 Generationen, also nach etwa 100 Jahren, von den Erbgesunden fast nichts mehr übrig sein, da die erbkranken Personen die Erbgesunden überwuchert hätten, weil erfahrungsgemäß im Durchschnitt 4 Kinder auf die Familie entfallen müssen, um den Bestand einer Gruppe von Menschen zu sichern.“ (ebd., S. 13)

Diese Rechnung wird allerdings relativiert, da das deutsche Volk nicht zu 50% aus ‚minderwertigem‘ Erbmaterial bestünde.

Das Einführungskapitel endet mit der Forderung nach bevölkerungspolitischen Maßnahmen, die im Auge der Verfasser in der Politik der Nationalsozialisten verwirklicht werden:

„[...] so ergeben sich zwei bevölkerungspolitische Aufgaben für eine verantwortungsbewusste Staatsführung: Die Geburtenfreudigkeit der Erbgesunden zu heben und den Nachwuchs Erbkranker zu verhüten. Auf Grund gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse hat die nationalsozialistische Regierung sofort nach der Machtergreifung diese Aufgaben in Angriff genommen.“ (ebd.)

Die genannten Aufgaben finden sich bemerkenswerterweise schon im Hitler-Zitat aus Kapitel 3.1. Erwähnenswert ist dabei die Berufung auf die Wissenschaft, die herangezogen wird, um die Aufgaben und Handlungen des Staates zu begründen (vgl. Christiansen et al., 1943, S. 13). Man kann annehmen, dass dadurch der Eindruck der Evidenz und der Sachlichkeit für die Leserin gestärkt werden soll.

Im weiteren Verlauf werden diese Gedanken in Abschnitt II. „Erbbpflege“ und Abschnitt III. „Rassenpflege“ ausgeführt. Im Unterkapitel II. wird eine Einteilung der Bevölkerung vorgenommen, die vier Gruppen ‚erbbiologischer‘ Kategorien umfasst:

1. Die erblich minderwertige Bevölkerungsschicht (die negative Auslese)
2. Die tragbare Bevölkerungsschicht
3. Die Durchschnittsbevölkerung
4. Die erblich wertvolle Bevölkerungsschicht (die positive Auslese) (ebd., S. 15)

Das Lehrbuch beschreibt nun diese vier Gruppen und gibt konkrete Anweisungen zu praktischen Maßnahmen, die im Sinne einer nationalsozialistischen Politik durchgeführt werden sollten. Kategorie 1 wird noch ein weiteres Mal differenziert; es wird zwischen „Erbkranken und Asozialen“ (ebd., S. 16) unterschieden. Die Gruppe der ‚Erbkranken‘ fällt unter das bereits in Kapitel 3.2 erwähnte „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933. Dieses Gesetz legt auch fest, welche Maßnahmen zur Verhütung zu treffen sind. Als ‚Asoziale‘ (ebd.) werden Menschen bezeichnet, die sich im Sinne des Nationalsozialismus gemeinschaftsfremd verhalten, d. h. beispielsweise wiederholt Konflikte mit Polizei und Behörden haben, sich arbeitsscheu verhalten, ihren Unterhalt aus Wohlfahrtseinrichtungen erhalten, sich besonders hemmungslos und unwirtschaftlich verhalten, Trinker sind oder durch unsittlich bewerteten Lebenswandel auffallen. Zwar wird festgehalten, dass Nachwuchs aus dieser Untergruppe für die ‚Volksgemeinschaft‘ unerwünscht sei, konkrete Maßnahmen werden aber nicht genannt (vgl. ebd., S. 16).

Als Angehörige der Gruppe der „tragbaren Bevölkerungsschicht“ (ebd., S. 17) verstehen die Autoren diejenigen, die zwar keinen Gewinn für die ‚Volksgemeinschaft‘ darstellen, diese allerdings auch nicht belasten würden. Dieser Gruppe werden Familien zugeordnet, in denen Erbkrankheiten gehäuft vorkommen oder Individuen, die weniger leisten als die ‚Durchschnittsbevölkerung‘ (ebd.). Als Maßnahmen unter ‚erbpflegerischen‘ Gesichtspunkten sind in dieser Gruppe „nur solche Maßnahmen zuzuwenden, die den Zweck verfolgen, gesundheitliche Schäden und Beeinträchtigungen der künftigen Arbeitsleistung fernzuhalten“ (ebd.).

Als größte Gruppe wird die ‚Durchschnittsbevölkerung‘ (Christiansen et al., 1943, S. 17) genannt, die zwar noch nicht den Anforderungen für eine „positiven Auslese“ (ebd.) entsprechen, aber eben auch nicht den unteren Kategorien zugeordnet werden können.

Menschen die dieser Klasse zugeordnet werden, können im NS-Staat alle ‚erbpflegerischen‘ Leistungen erhalten, beispielsweise das Ehrenkreuz der deutschen Mutter, Ausbildungsbeihilfen, Ehestandsdarlehen, Kinderhilfe, u. a. (ebd.).

Zur „erblich wertvollen Bevölkerungsschicht“ (ebd., S. 18) zählen ausschließlich Personen, die als geistig und körperlich gesund bezeichnet werden. Zusätzlich muss nachgewiesen werden, dass in der Familie, bis zu den Großeltern, keine Erbkrankheiten vorliegen. Als wichtig empfunden wird auch das Vorkommen von besonders „wertvollen Anlagen“ (ebd.) in der Familie, wie beispielsweise berufliche Leistungen oder sozialer Status (vgl. ebd.).

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legitimiert den völkischen Staat zur Sterilisierung von Menschen. Den Lesenden des Kapitels wird nach der theoretischen Kategorisierung des menschlichen Erbmaterials nun das Procedere der Unfruchtbarmachung erläutert. Weniger wird hier auf medizinische Details eingegangen als vielmehr auf den bürokratischen Ablauf. Zusammengefasst setzt sich dieser Prozess aus drei Schritten zusammen:

1. Antragstellung auf Unfruchtbarmachung: Dieser Antrag kann von den Betroffenen selbst oder von ihren gesetzlichen Vertretern und Vertreterinnen, vom Amtsarzt oder von dessen Vertreter beim Erbgesundheitsgericht eingereicht werden. Sind die Betroffenen Insassen einer Pflege- oder Heilanstalt, kann der Antrag auch vom Anstaltsleiter gestellt werden (vgl. ebd., S. 22 f.).
2. Die Entscheidung über den Antrag und die ärztliche Begründung wird im Erbgesundheitsgericht gefällt. Personell setzt sich das Erbgesundheitsgericht aus einem Richter und zwei besonders geeigneten, aber nicht näher beschriebenen, Ärzten zusammen.

Die Betroffenen haben ab dem Zeitpunkt der Entscheidung zwei Wochen Zeit, um beim Erbgesundheitsobergericht Widerspruch einzulegen. Dieses setzt sich ebenfalls aus einem Richter und zwei besonders geeigneten Ärzten zusammen. Das Verfahren ist nicht öffentlich (vgl. ebd., S. 23).

3. Ist die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes über eine Unfruchtbarmachung positiv, wird diese in einer entsprechend zugelassenen Anstalt durch geeignete Ärzte durchgeführt. Bei Frauen werden methodisch neben chirurgischen Operationen auch Röntgen- oder Radiumbestrahlungen erwähnt. Eine Kastration findet nicht statt (Christiansen et al., 1943, S. 23).

Ausdrücklich erwähnt sei hier, dass, sofern der Antrag nicht freiwillig gestellt wurde, die medizinischen Eingriffe auch ohne Zustimmung der Betroffenen erfolgen konnten.

Dies wird damit begründet, dass die als ‚erbkrank‘ bezeichneten Menschen nicht in der Lage seien, zu beurteilen, ob sie der ‚Volksgemeinschaft‘ schaden. Ebenfalls wird erwähnt, dass sterilisierte Menschen weiterhin einen Wert für die Öffentlichkeit haben können, wenn sie „trotz ihres Erleidens brauchbare Volksgenossen sind, die noch Tüchtiges in ihrem Beruf für die Volksgemeinschaft leisten können.“ (ebd.).

Deutlich wird an dieser Stelle die absolute Priorisierung der ‚Volksgemeinschaft‘ vor dem Individuum. Der Mensch wird ausschließlich an seinem Wert für die ‚Rasse‘ und ‚Volksgemeinschaft‘ bewertet.

Neben dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wird als zweites Element der ‚Erbpflege‘ das „Gesetz zum Schutz der Ehegesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)“ erläutert und ideologisch begründet:

„Die Bedeutung des Ehegesundheitsgesetzes liegt nicht darin, unerwünschte Ehen zu verbieten. Das Eheverbot trifft verhältnismäßig nur wenige Verlobte. Viel wichtiger ist die erzieherische Wirkung, die es auf alle Volksgenossen ausübt. Fast jeder junge Mann und fast jedes junge Mädchen wird durch das Ehegesundheitsgesetz gezwungen, sich mit der Erbpflege zu beschäftigen. Er wird so dazu geführt, bei der Auswahl seines künftigen Ehepartners erbbiologische Gesichtspunkte zu berücksichtigen, wenn er nicht später Schwierigkeiten haben will. [...] Dann dienen sie der Erbgesundheit ihres Nachwuchses und damit der Höherzüchtung des Volkes.“ (ebd., S. 29)

Neben der staatlichen Praxis, die sich auf ‚erbbiologischer‘ Grundlage legitimiert, wird hier ein zweiter Aspekt deutlich, der sich ebenfalls in den Ausführungen von Alfred Ploetz (siehe Kapitel 3.1) finden lässt. So spielt auch die Beeinflussung der Bevölkerung durch den erzieherischen Effekt des Gesetzes eine große Rolle, um diese an eine ‚erbpflegerische‘ Praxis heranzuführen.

Als letztes Element ‚erbpflegerischer‘ Politik wird im Krankenpflegelehrbuch das ‚Ehedarlehen‘ (ebd., S. 29) angeführt. Dieses wird ausschließlich der ‚Durchschnittsbevölkerung‘ (Christiansen et al., 1943, S. 15) und der positiven Auslese gewährt. Im Gegensatz zu den beiden zuvor beschriebenen Gesetzen soll das Darlehen die positiv bewertete Bevölkerung zur Heirat ermutigen statt die negativ bewertete Bevölkerung daran zu hindern. Zusätzlich kann ein Ehepaar nur ein Darlehen erhalten, wenn es fortpflanzungsfähig ist. Bringt das Ehepaar ein Kind zur Welt, wird den Empfängern ein Viertel des noch zurückzuzahlenden Betrages erlassen (vgl. Christiansen et al., 1943, S. 29).

In Abschnitt II. des Kapitels wird anschließend die Wichtigkeit der ‚Erbbestandsaufnahme‘ (ebd., S. 30) erläutert, welche die Sammlung „aller Untersuchungs- und Ermittlungsergebnisse, welche für die

Beurteilung der erblichen und rassischen Beschaffenheit der Sippe und ihrer einzelnen Mitglieder von Wert sind oder von Wert sein können.“ (ebd.) umfasst. Hier wird zum ersten Mal auch die Rolle der Krankenschwester bzw. der Gemeindeschwester hervorgehoben:

„Auch die Gemeindeschwestern und die im selbstständigen Beruf tätigen Krankenschwestern können wertvolle Unterlagen für die Vervollständigung der Erbbestandsaufnahme liefern. Ihre Berichte und Auskünfte können dem Gesundheitsamt die Grundlage für weitere Arbeiten bieten. Wenn auch die Gemeindeschwestern nicht im Einzelfall sagen können, ob es sich um ein Erbleiden handelt oder nicht, so sind ihre Beobachtungen und Kenntnisse von größerer Wichtigkeit. Sie auszuwerten ist dann Sache des Arztes. Sie kann aber so mitwirken an der Aufartung unseres Volkes.“ (ebd.)

Zwei Dinge sind an dieser Stelle erwähnenswert. Zum einen lässt sich herauslesen, dass die Aufgabe der Krankenschwester ausschließlich in Assistenztätigkeiten liegt, zum anderen zeigt sich das Handeln der Krankenschwester im Sinne nationalsozialistischer Ideologie.

Der Abschnitt III. „Rassenpflege“ im Krankenpflegelehrbuch umfasst gerade einmal etwas mehr als zwei Seiten, die aber nahezu vollständig die antisemitische Gesetzgebung im NS-Deutschland darstellen. Juden werden hier als ‚artfremd‘ (ebd. S. 32) angesehen, weshalb eine Vermischung mit „deutschen Blut“ (ebd.) durch das „Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ verboten wird. Neben dem Verbot von Eheschließungen mit als Juden definierten Menschen gilt auch der außereheliche Sex mit diesen als Straftat. Bestraft wird in diesem Fall ausschließlich der Mann, da man sich dadurch eine höhere Aufdeckungsquote der als ‚Rassenschande‘ (ebd.) betitelten Tat erhofft. Begründet werden die Gesetze durch einen angeblich großen jüdischen Einfluss in Deutschland:

„Die rassenpflegerischen Maßnahmen beschränken sich aber nicht darauf, dass Eindringen artfremden Blutes in den deutschen Volkskörper zu verhindern, sondern sie haben auch das Ziel, eine Beeinflussung des deutschen Volkes im fremden Geiste, wie es vor der Machtübernahme z.B durch Theater, Film und Presse geschah, künftig zu unterbinden.“ (ebd.)

Betont wird zum Ende des Kapitels, dass die dargestellten Gesetze nur eine Grundlage seien, vielmehr soll die Bereitschaft des Volkes entwickelt werden, einen Ehepartner zu wählen, der den Anforderungen im Sinne der NS-Ideologie entspricht (vgl. Christiansen et al., 1943, S. 32).

3.2.3 Die NS-Schwester als Trägerinnen nationalsozialistischer Ideale

Wie sich dem Leser bereits aus den vorangegangenen Kapiteln erschlossen hat, fühlten sich durchaus auch Frauen zur nationalsozialistischen Ideologie hingezogen. Einige Belege dafür lassen sich bereits vor dem Machtantritt 1933 finden. Insbesondere erwähnenswert sind der Verband der Roten Hakenkreuzschwestern oder die rechtsradikal organisierten Selbsthilfegruppen, die schon in den Zwanziger Jahren entstanden (vgl. Steppe, 1997, S. 166).

Die bereits in Kapitel 3 beschriebenen, kurz nach der Machtübernahme beginnenden strukturellen Veränderungen in der Pflege zogen keine grundlegenden Verbesserungen für den Berufsstand nach sich. Auch die berufliche Emanzipation wurde in dieser Zeit nicht vorangetrieben. Stattdessen wurde Altbewährtes umgedeutet: Die zuvor bereits in der Weimarer Republik gültigen christlichen Werte in der Krankenpflege wurden auf die nationalsozialistische Ideologie übertragen. Es sei noch einmal daran erinnert, dass das Wohl des Einzelnen nunmehr dem Wohl der ‚Volksgemeinde‘ (vgl. Steppe, 2001, S. 73) nachgeordnet wurde und die Patienten und Patientinnen in den Krankenhäusern mit Beginn des Regimes primär als sogenannte Träger deutschen Erbgutes angesehen wurden. Wie umfangreich die Pflege im Einzelnen stattfand, wurde also anhand der Wertigkeit der Person bzw. anhand von deren Leistung für die Gesellschaft bemessen.

Dem entsprechend erhielt der Hilfsbedürftige entweder eine umfassende Versorgung oder aber es wurde keine Notwendigkeit für die Behandlung gesehen (vgl. ebd., S. 61).

Somit sollten in Zukunft eine aufwendige Pflege für Schwache und die damit verbundenen Kosten vermieden werden.

Für uns stellte sich bei der Erarbeitung dieses Themenpunktes daher die Frage, welche Krankenschwestern sich dieser neuen Weltanschauung fügen bzw. diese in der Gesellschaft vertreten würden.

Natürlich überließen Adolf Hitler und die dahinterstehende NSDAP auch hier nichts dem Zufall. Wie im Vorangegangenen dargelegt wurde, gründeten die Nationalsozialisten im Mai 1934 ihre eigene NS-Schwesternschaft als Unterabteilung der NSDAP. Die Mitglieder rekrutierten sich unter anderem aus dem 1924 gegründeten Völkischen Frauenbund sowie den bereits genannten Roten Hakenkreuzschwestern (vgl. Fischer, 1984, S. 89).

Der neu geschaffene Schwesterntypus sollte sich in den nächsten Jahren als überaus hilfreich für die Nationalsozialisten erweisen, denn durch eine dezidiert nationalistische und ideologische Schulung erhielt die NS-Schwester eine Vorbildfunktion in der Gesellschaft und erlangte damit einhergehend das Vertrauen sowie die Anerkennung von weiten Teilen der Bevölkerung.

Ausbildung

Die Gründe für das Interesse an einer Ausbildung in den NS-Schwesternschulen mögen durchaus verschieden gewesen sein. Ein wichtiger Aspekt, der immer wieder benannt wird, war das Bestreben, etwas aus sich zu machen. Schnelle Aufstiegsmöglichkeiten, die Aussicht auf eine Karriere und die damit verbundene Unabhängigkeit erschienen vielen jungen Mädchen erstrebenswert (vgl. Gaida, 2006, S. 8).

Um jedoch an einer der 95 Ausbildungsstätten (Stand 1938) angenommen zu werden, galt es für die zukünftigen Lernschwestern zunächst, die im Krankenpflegegesetz verankerten Zugangsvoraussetzungen zu erfüllen.

Dazu zählten, wie bereits dargestellt, laut Weisbrod-Frey (2001, S. 89 ff.):

- Abstammungsnachweis (nach den ‚Arierparagraphen‘)
- politische Zuverlässigkeit, hier insbesondere das uneingeschränkte Bekenntnis zum Nationalsozialismus
- einjähriges hauswirtschaftliches Praktikum
- Zugehörigkeit zum Bund Deutscher Mädel (BDM)

Neben den für alle Schwesternschaften genannten Anforderungen wurde bei der NS-Schwesternschaft besonderer Wert auf die Zugehörigkeit zum BDM vor Berufseintritt, und selbstredend, auf die nationalsozialistische Weltanschauung gelegt. Begründet wurde die Forderung nach der BDM-Zugehörigkeit mit der Auffassung, dass die Schwesternanwärterinnen so bereits Kameradschaftsgeist entwickelt hätten (vgl. Weisbrod-Frey, 2001, S. 105).

Unterrichtsinhalte Im Unterpunkt 3.2.1 sind bereits einige wichtige Themen der Unterrichtsgestaltung aufgeführt worden. Trotzdem erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, die wichtigsten Themen für den Unterricht an einer NS-Schwesternschule noch einmal zu benennen, da hier, anders als bei den regulären Schwesternschülerinnen, bedeutend mehr weltanschauliche Themen vermittelt wurden (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 215). Die ideologischen Unterrichtsinhalte wurden als besonders wichtig erachtet, um zukünftig zum Wohl des Volkes handeln zu können. Der über zwei Jahre angelegte theoretische Unterricht bestand aus den folgenden vier großen Themengebieten:

- räumliche und ‚rassische‘ Voraussetzungen Europas
- Vererbungslehre und Bevölkerungspolitik
- Geschichtsbild mit Themen wie germanisch-völkischer Staatsbegriff, weltanschauliche und politische Grundlagen der nationalsozialistischen Revolution und Geschichte der NSDAP
- Beziehungen zwischen ‚Rasse‘ und Kultur, ‚Rasse‘ und Religion, nationalsozialistische Ethik und nationalsozialistische Rechtsauffassung und Erziehung (vgl. ebd., S. 214).

Die genannten Inhalte wurden von der NS-Ärzteschaft unterrichtet und verdeutlichen insbesondere das Interesse der Machthaber an der Politisierung der Pflege. Während in der Weimarer Zeit von den Schwestern kein versiertes Wissen in politischen Belangen verlangt wurde, wurde im NS-Regime von ihnen erwartet, sich mit dem politischen Geschehen auseinanderzusetzen und mit dem offiziellen Wertesystem des Nationalsozialismus vertraut zu sein (vgl. Steppe, 2001, S. 80 ff.). So sollte eine elitäre Schwesternschaft entstehen, die von NS-Funktionären auch als „politische Kampftruppe“ (Weisbrod-Frey, 2001, S. 109) bezeichnet wurde. Dies war in Anbetracht des zukünftigen Wirkungskreises der Absolventinnen folgerichtig, denn die ausgebildeten Schwestern sollten danach vor allem in der Gemeindepflege tätig werden und dort nationalsozialistisches Gedankengut verbreiten.

Leben in Jungschwesternheimen

Um nach Beendigung der Ausbildung den geforderten gesundheitspolitischen Aufgaben gewachsen zu sein, wurde nicht nur erwartet, dass die Schwestern auf politischer und völkercundlicher Ebene im Bilde waren. Auch die schon bekannten charakterlichen Eigenschaften wie Gehorsam, Opferbereitschaft und Selbstaufgabe sollten herausgebildet werden (vgl. Steppe, 1997, S. 163). Des Weiteren sollte der bereits vom BDM gestärkte nationalsozialistische Kameradschaftsgeist in der Ausbildung weiter gefestigt werden. Um diese ambitionierten Ziele zu erreichen, griffen die Machthaber, auch in das Privatleben und die gesamte Freizeit der Schwesternanwärterinnen ein. Dies geschah durch das Zusammenleben in ‚Jungschwesternheimen‘ (Weisbrod-Frey, 2001, S. 105), vergleichbar mit den in Kapitel 2.1 beschriebenen Mutterhäusern. Es gab eine Heimleitung, meist eine mehrjährig aktive NS-Schwester, die die Betreuung des Nachwuchses übernahm. Der Tag begann auch hier, wie im Unterkapitel 3.2.1 bereits beschrieben, mit dem Frühsport. Anschließend waren die Mädchen auf den Stationen tätig, und die Abende wurden meist bei sinnvollen Arbeiten wie Häkeln oder Stricken gemeinsam verbracht. Ein Rückzug bzw. eine Loslösung aus den Gruppenaktivitäten war nicht vorgesehen, die gemeinsam verbrachte Freizeit sollte die nationalsozialistische Weltanschauung intensivieren, gelehrtes Gedankengut vertiefen und den Gemeinschaftsgeist stärken (vgl. ebd.).

Der feierliche Eid

Seit Oktober 1935 kam es einmal jährlich innerhalb einer großen Zeremonie zur Vereidigung der Absolventinnen (vgl. Klich & Steppe, 2001, S. 18). Das dort abgelegte Versprechen bestand aus folgenden Worten:

„Ich schwöre Adolf Hitler, meinem Führer, unverbrüchliche Treue und Gehorsam. Ich verpflichte mich, an jedem Platz, an den ich gestellt werde, meine Berufsaufgaben als nationalsozialistische Schwester treu und gewissenhaft im Dienste der Volksgemeinschaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe.“ (ebd.)

Nach dieser Feierstunde konnten die ausgebildeten Schwestern mit ihrer verinnerlichten nationalsozialistischen Weltanschauung und ihrer ‚rassischen‘ Zielsetzung den Dienst beginnen.

Erweiterte Aufgabenstellungen für die NS-Schwestern

Nach diesem kurzen Exkurs in die Thematik Ausbildung an einer NS-Schwesternschule soll nun der eigentliche Inhalt wie bereits angedeutet, hatte die Ausbildung in den Bereichen Weltanschauung und ‚Rassenkunde‘ auch die Funktion, auf einen erweiterten Aufgabenkreis vorzubereiten.

Die im Rahmen der ‚Volksgesundheitspflege‘ (vgl. Steppe, 2001, S. 73) zu erfüllenden Arbeiten oblagen weitestgehend den NS-Schwestern, somit hatte der Gesetzgeber für sie einen eigenen Tätigkeitsbereich geschaffen (vgl. ebd., S. 72 ff.).

Erich Hilgenfeldt äußerte 1937 zu den Aufgaben der NS-Schwestern bezüglich der nationalsozialistischen Wohlfahrtspflege Folgendes:

„Die wertvollste Unterstützung unserer Arbeit an Mutter und Kind leistet die NS.-Schwesternstation, die in engster Zusammenarbeit mit den Ärzten des NS.-Ärztebundes gesundheitsfürsorgerisch hier tätig sind. Unsere Volkspflege findet ihre Wurzeln in der Grundlage nationalsozialistischer Rassenpflege. Unsere Schwestern sind hier allein Trägerinnen dieser Weltanschauung, deshalb ist der weitere Ausbau unserer Schwesternstationen dringlichste Pflicht. Die Partei fordert künftig die

alleinige Trägerschaft aller Gemeindestationen. Die NS-Schwester in dieser Station ein weiblicher Soldat des Führers. Neben ihrer Aufgabe als Wächter der Gesundheitsführung und Betreuung der Familie ist sie als Trägerin der nationalsozialistischen Weltanschauung zugleich Treuhänderin der Partei.“ (Arbeit der NSV. Rundfunkstelle des Amtes Werbung und Schulung, o. J.) (zit. in Breiding, 1998, S. 165)

Hier lässt sich deutlich erkennen, dass die intensive Betreuung von Mutter und Kind von besonderem Interesse für die Nationalsozialisten war. Eine von der NSV konzipierte Dienstanweisung bestimmte dahingehend das Betätigungsfeld der NSSchwestern.

Der Fokus ihrer Arbeit sollte auf der „gesunde[n, d. Verf.] deutsche[n, d. Verf.] Familie“ (Breiding, 1998, S. 222) liegen, während andere Personengruppen wie chronisch Kranke vernachlässigt werden durften. Bei ‚erbgesunden‘ Familien hatte die NS-Gemeindeschwester insbesondere dafür zu sorgen, dass die Mütter die staatlichen Beratungsstellen³¹ aufsuchten. Natürlich wurde dies vom nationalsozialistischen Staat mit Kalkül geplant, denn die umfassende Fürsorge für Neugeborene sollte insbesondere die hohe Säuglingssterblichkeit reduzieren, um so langfristig mehr potenzielle Soldaten für den Staat bereitstellen zu können (vgl. Hansen, 1991, S. 163). Neben der Betreuung der Familien nach der Geburt hatte die Elite-Schwesternschaft noch weitere gemeindepflegerische Aufgaben mit dem Ziel, das deutsche Volk gesund zu erhalten (vgl. Weisbrod-Frey, 2001, S. 72 f.). Aufgrund des engen Kontaktes zu den von ihnen betreuten Familien sollten sie nationalsozialistisches Gedankengut in deren Lebenswelt einbringen und beratend bzw. als Vorbild im Sinne der Ideologie auftreten. Weisbrod-Frey (2001, S. 72 f.) spricht hier auch von einem erzieherischen Charakter, der zur Festigung der nationalsozialistischen Weltanschauung eingesetzt wird. Alle ‚volkspflegerischen‘ (Steppe, 2001, S. 102) Handlungen dienten dem übergeordneten Ziel, die Geburtenrate bei ‚erbgesunden‘ Familien zu steigern und die Fortpflanzung, der nach nationalsozialistischer Ansicht ‚Minderwertigen‘, zu verhindern (vgl. Steppe, 2001, S. 73). Dieses Ziel wurde unter anderem durch die Meldepflicht bei den Gesundheitsämtern und der NSV umgesetzt. Dieser hatten die NS-Schwestern nach den Bestimmungen des „Seuchenschutzgesetzes“³² nachzukommen (vgl. Breiding, 1998, S. 225). Zu den meldepflichtigen Personen zählten insbesondere die „sittlich Gefährdeten“ und die „körperlich Behinderte[n, d. Verf.]“ (ebd., S. 222). Zwar wurden diese Personengruppen nicht pflegerisch von den NS-Schwestern versorgt, da sie im nationalsozialistischen Sinne nicht als unterstützungswürdig galten, jedoch ermöglichte der tiefe Einblick in die Lebensbedingungen weiterer Teile der Bevölkerung auch hier die nationalsozialistische Einflussnahme (vgl. ebd., S. 225). Die Folgen der Meldepflicht für die Betroffenen wurden bereits kurz im Kapitel 3 benannt und werden auch nachfolgend im vierten Kapitel noch einmal kurz erläutert.

Zusammenfassend kann mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der NS-Schwestern auf das deutsche Volk beachtlich war. Die NS-Gemeindeschwestern genossen großes Vertrauen innerhalb der Familien, da sie ihnen als Aufklärerinnen und Beraterinnen zur Seite standen (vgl. Weisbrod-Frey, 2001, S. 72 f.).

31 Hierzu zählten laut Breiding (1998, S. 223) das Hilfswerk Mutter und Kind ebenso wie das Winterhilfswerk, welche in Kooperation von Ärzten, NS-Gemeindeschwester und einer Hilfsstellenleitung geführt wurden.

32 Nähere Informationen zum „Seuchenschutzgesetz“ finden sich bei Hansen, 1991, S.163 f.

Dies ermöglichte ihnen Einblick in sehr private Bereiche, die der beschriebenen Meldepflicht unterlagen. Wenngleich sich die Nationalsozialisten mit der NS-Schwester eine nationalsozialistische Schwester par excellence geschaffen hatten, konnte sich die NS-Schwesternschaft zahlenmäßig nie als die größte Schwesternschaft etablieren. Mit einem Anteil von 9,2% an der Gesamtschwesternzahl war die NSV über die Jahre hinweg auf die Kooperation mit anderen Schwesternschaften angewiesen (vgl. Panke-Kochinke & Schaidhammer-Placke, 2002, S. 18).

Neben den bisher genannten Aufgaben gab es noch einige weitere Einsatzgebiete für die NS-Schwester, die hier kurz Erwähnung finden sollen.

Die Pflege der Erkrankten in den Krankenhäusern wurde von allen Verbänden übernommen, wobei insbesondere Schwestern aus dem Reichsbund Freier Schwestern und Pflegerinnen für die Patientenbetreuung eingesetzt wurden, um sicherzustellen, dass ideologisch geschultes Personal die Hilfsbedürftigen versorgt (vgl. Steppe, 2001, S. 76 ff.). Die NS-Schwester selbst wurde in der Regel nicht für die Krankenhauspflege eingesetzt.

Ein weiteres Einsatzgebiet, welches in erster Linie den NS-Schwester vorbehalten war, stellte die krankenpflegerische Versorgung des Parteiapparates dar (vgl. ebd.). Dazu zählten insbesondere Einsätze in den „Mütterheimen des Lebensborn e. V.“ (Breiding, 1998, S. 267) und in den Lazaretten der Schutzstaffel (vgl. ebd., S. 266). Da die NSSchwesternschaft wie bereits oben erwähnt eine Unterorganisation der NSDAP darstellte, hatte sie außerdem verschiedene Aufgaben im Rahmen der Nachwuchsförderung zu erfüllen. Dazu zählte auch die „gesundheitsfürsorgerische [...] Betreuung der Jugend“ (ebd., S. 246). Die Einsatzmöglichkeiten auf diesem Gebiet waren äußerst vielseitig, beispielhaft sind hier der Einsatz im Gesundheitsdienst des BDM oder in den Ausbildungsstätten des nationalsozialistischen Führernachwuchses zu nennen (vgl. ebd., S. 248 f.).

Da ein besonderer Schwerpunkt unserer Arbeit die Frage nach der Mithilfe des Pflegepersonals an nationalsozialistischen Verbrechen gegen die Menschlichkeit darstellt, soll an dieser Stelle auch der Einsatz von NS-Schwester bei inhumanen Praktiken Betrachtung finden.

Die Rolle der Krankenschwestern für die Durchsetzung der ‚Euthanasie‘ wird im folgenden Kapitel 4 noch ausführlich betrachtet, da dabei nachweislich Schwestern aus den unterschiedlichsten Schwesternschaften beteiligt waren (vgl. Breiding, 1998, S. 298 ff.). Zur Beantwortung der Frage, in welchem Umfang NS-Schwester an der Ermordung kranker und behinderter Menschen mitgewirkt haben, soll schon an dieser Stelle auf das von Breiding 1998 veröffentlichte Buch „Die braunen Schwestern“ zurückgegriffen werden, da die Autorin als eine der wenigen Forscherinnen und Forscher zur Geschichte der Krankenpflege spezifisch auf die NS-Schwesternschaft und deren Beteiligung an den ‚Euthanasie‘-Verbrechen eingeht. Eine grundlegende Erkenntnis, die sich auch für alle anderen Schwesternschaften zeigt ist hierbei, dass eine pauschale Beantwortung der Frage nach der Mithilfe an den Tötungen nicht möglich ist.

Art und Umfang der Beteiligungen, sogar das generelle Zutun der Pflegenden bei den Ermordungen, differieren erheblich zwischen den einzelnen Anstalten und müssen daher gesondert betrachtet werden (vgl. Breiding, 1998, S. 290 f.).

Eine strukturierte Analyse einzelner Anstalten nimmt Breiding für die Heil- und Pflegeanstalten Wiesloch und Grafeneck sowie für das Frauenkonzentrationslager Ravensbrück³³ vor. Unter anderem

33 Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse von Breiding lässt sich in ihrem Werk „Die braunen Schwestern“ (1998, S. 290-314) nachlesen.

stellt Breiding heraus, dass sich in der Anstalt Wiesloch zwei NS-Schwestern an der ‚Kindereuthanasie‘ beteiligten. Ihre Erkenntnisse hierzu bezieht sie aus dem 1947 geführten Prozess gegen zwei Ärzte der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch. Während des Prozesses äußerte sich auch ein dritter in der Anstalt tätiger Arzt, Dr. Josef Jordans, der anhand seiner Beobachtungen die Beteiligung der NS-Schwestern an den Tötungen bestätigte (vgl. Breiding, 1998, S. 299).

In der Mordanstalt Grafeneck hingegen stellte sich die Mithilfe der vermuteten NS-Schwestern passiver dar. Hier wurde die Ermordung der Insassen vom SS-Personal übernommen, während die Schwestern zuarbeitende Tätigkeiten wie das Auskleiden der Kranken übernahmen. Interessant ist hier der von einer nach Grafeneck versetzten Schwester geäußerte Aspekt, dass insbesondere die SS um ihr gesellschaftliches Ansehen fürchtete und ihre Mitgliedschaft während des Einsatzes in der Mordanstalt ruhte. Für das Pflegepersonal wird ein ähnlicher Hintergrund vermutet, da dieses keine Tracht trug, welche die Schwesternzugehörigkeit ausgewiesen hätte. Aus dem Frauenkonzentrationslager Ravensbrück wird eine ehemalige Insassin zur Beteiligung der NS-Schwestern an den ‚Euthanasie‘- Aktionen zitiert:

„Auf ein gegebenes Zeichen hatte jedesmal eine Zehnerreihe von Frauen mit bloßen Beinen, an denen der Gesundheitszustand besonders deutlich abzulesen war, durch diesen Zwischenraum zu marschieren. Zu beiden Seiten der Marschbahn Aufseherinnen und braune Schwestern und packten auf eigene Initiative oder auf ein Zeichen aus der Reihe der SS-Herren vor uns einzelne Frauen am Arm, um ihre Häftlingsnummer zu notieren [...]“ (Schwöbel, 1993, S. 9) (zit. in Breiding, 1998, S. 303 f.)

Anhand des Gesagten lässt sich für das Konzentrationslager Ravensbrück feststellen, dass die dort stationierten NS-Schwestern an der Selektion der Frauen für die Gaskammern beteiligt waren.

Die aufgeführten Beispiele zeigen, dass sich eine Beteiligung der NS-Schwestern an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit nicht prinzipiell leugnen lässt. Gerade deshalb besteht laut Breiding ein weiterführender Forschungsbedarf, um die bisher durchgeführten Einzeluntersuchungen zusammenführen zu können. Spezifische noch zu erforschende Fragestellungen zur NS-Schwesternschaft formuliert Breiding (1998, S. 302) wie folgt:

- Wurden die NS-Schwestern nur dann gerufen, wenn die örtlichen Pflegerinnen sich weigerten, an den Tötungen mitzuwirken?
- Wurden sie generell bevorzugt eingesetzt, als vertrauenswürdige Fachpersonal [Hervorheb. d. Verf.] in Sachen ‚Euthanasie‘?
- Wurden die NS-Schwestern zur Kontrolle der örtlichen Pflegerinnen, die sich zur ‚Mitarbeit‘ bereit erklärt hatten, eingesetzt? (ebd.)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass offenbar nur ein geringer Teil der NS-Schwesternschaft unmittelbar an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit beteiligt war. Wie die vorstehenden Beispiele jedoch zeigen, gab es durchaus NS-Schwestern, die für die Vernichtung „unwerten Lebens“ bereitgestellt wurden.

Der Aufgabenfokus der nationalsozialistischen Eliteschwesternschaft lag jedoch über die Jahre hinweg vor allem in der „Gesunderhaltung des deutschen Volkes“ (Steppe, 2001, S. 73), die unter Berücksichtigung der verinnerlichten nationalsozialistischen Weltanschauung sowie der ‚rassischen‘ Zielsetzung durchgeführt werden sollte (vgl. Breiding, 1998, S. 315 f.).

3.3 Der Fürsorgebegriff im Paradigmenwechsel der NS-Ideologie

Bis hierhin wurden die strukturellen Rahmenbedingungen der nationalsozialistisch geprägten Krankenpflege dargestellt und dabei bereits ein grundlegender Charakter der Fürsorge skizziert. Abschließend soll sich nun mit dem progressiven Begriff der Fürsorge innerhalb des NS-Regimes konkreter auseinandergesetzt werden. Dabei konzentriert sich der Blickwinkel vor allem auf die Umgestaltung der wohlfahrtspflegerischen Auffassung von Krankenpflege und auf die nationalsozialistische Umprägung des Fürsorge-Begriffes durch den NSV als „Reichsspitzenverband der freien Wohlfahrtspflege“ (Hammerschmidt, 1999, S. 154). Diese Auseinandersetzung mit der Rolle der NSV im Zuge der Lokalisation einer systemimmanenten Bedeutung der Fürsorge liegt nicht zu letzt darin begründet, dass Hitler am 3. Mai 1933 eine Verfügung veröffentlichte, in der es hieß: „Sie ist zuständig für alle Fragen der Volkswohlfahrt und Fürsorge [Hervorheb. d. Verf.] [...]“ (BA NS26/262, „Geschichte der NSV von den Anfängen bis 1934“, S. 211) (zit. in Hammerschmidt, 1999, S. 154).

Die Positionen der Inneren Mission sowie der Caritas werden im Folgenden nicht in die Betrachtungen mit einbezogen.

Die anfängliche Ablehnung gegenüber der bisherigen Wohlfahrtspflegepolitik einer „individualisierten sozialen Fürsorge“ (Lehnert, 2003, S. 177), noch aus der Weimarer Republik stammend, ließ sich zurückführen auf die Inkompatibilität mit den ‚rassenhygienischen‘ Vorstellungen Hitlers (vgl. Hammerschmidt, 1999, S. 135). Das noch in der Weimarer Republik bestehende handlungsleitende Motiv des Fürsorgesystems beschrieb Hitler abwertend als „lächerliche[n] wie zwecklose[n] Wohlfahrtsduselei[en]“ (Hitler, 1937, S. 38) (zit. in Hansen, 1991, S. 7, Hervorheb. i. O.) Die finanzielle Notlage, mitunter hervorgerufen durch die ansteigenden Kosten für die Arbeitslosigkeit, konnte nicht mehr nur von der Arbeitslosenversicherung³⁴ aufgefangen werden. In zunehmendem Maße mussten daher die Kommunen unterstützend eingreifen, sodass bereits vor der Weltwirtschaftskrise die Ausgaben der öffentlichen Fürsorge in der Zeit von 1928 bis 1932 von 1.035 Mio. RM auf 2.409 Mio. RM anstiegen. Allein 53% der zu unterstützenden Arbeitslosen hatten keinen Anspruch auf Gelder aus der Arbeitslosenversicherung und belasteten somit die Kassen der Kommunen (vgl. Lehnert, 2003, S. 176 f.).

Nicht den Schwachen und Kranken sollten Unterstützung zuteil werden, sondern die Stärkung von gesunden wie leistungsfähigen Menschen als „wertvolle Volksgenossen“ stand nunmehr im Vordergrund (Kompisch, 2008, S. 101; vgl. Kompisch, 2008, S. 101).

Hitlers Zitat ist folglich nicht nur als Kritik an der öffentlichen Fürsorge als ‚Minderwertigenfürsorge‘ zu verstehen, sondern politisch übergeordnet als Kritik an der Demokratie selbst anzusehen. Die fürsorgepolitische Konstruktion des NS-Systems hatte dagegen das Ziel im Interesse einer homogen-eugenisch kontrollierten ‚Volksgemeinschaft‘ zu agieren (vgl. Lehnert, 2003, S. 179 f.). Der ständige Vertreter des Vorsitzenden der NSV, Hermann Althaus, formulierte dieses Credo folgendermaßen:

³⁴ 1927 wurde die Arbeitslosenversicherung eingeführt. Die Versicherung konnte in Anspruch genommen werden, wenn zuvor nachweislich einer mindestens 26wöchigen versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen worden ist. 26 Wochen wurde das Arbeitslosengeld gezahlt (vgl. Lehnert, 2003, S. 176).

„Der Teil gilt nur so viel, als er Wert ist für das Ganze.“ (Althaus, 1941, S. 7) (zit. In Lehnert, 2003, S. 180).

Die fürsorgepolitischen Bestrebungen der erstarkenden NSDAP vor 1933 begannen allerdings zunächst einmal mit Hilfsmaßnahmen, die vornehmlich einen propagandistischen Zweck hatten. Die Einrichtung von Suppenküchen und Nähstuben galt vor allem Arbeitslosen und verwundeten SA-Männern sowie deren Familien (vgl. Hansen, 1991, S. 8). Es entwickelten sich weitere Programme der Fürsorge, so zählt Hansen (1991, S. 8) verschiedene Arbeitsbereiche auf, wie die Kinder- und Jugendpflege, die Kinder- und Jugendfürsorge, die Gesundheitsfürsorge, die Lehrstellen- und Pflegestellenvermittlung sowie die zunehmende Mitarbeit in den Gremien der Jugend und Wohlfahrtsämter. Die Forderung nach einer reichsweiten Wohlfahrtsorganisation wurde erstmals im Gau München-Oberbayern verlautbart (vgl. Hansen, 1991, S. 8).

Im September 1931 formte sich die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt Groß-Berlin als „Vorläufer-Organisation“ (Hansen, 1991, S. 8) der NSV, die sich um die Volksküchen und die Betreuung von Gefangenen bemühte (vgl. Lehnert, 2003, S. 182).

1932 veränderte sich die Motivation dieses Vereins dahingehend, dass nun, als dessen politische Aufgabe, vertrauensbildende sozialistische Maßnahmen zum Programm gehörten. Ungeachtet dessen steigerte sich das Ressentiment von NSDAP-Funktionären gegenüber einer parteieigenen Wohlfahrtsorganisation in dem Maße, dass Hans Frank, Leiter der Rechtsabteilung, der bisherigen NSV untersagte, sich nationalsozialistisch zu nennen. Zwar wurde dieses Verbot bereits einen Monat später wieder aufgehoben, doch auch mit der Machtübernahme am 30.01.1933 blieben die Aversionen in der NSDAP bestehen (vgl. Hansen, 1991, S. 8 f.). Bis Mai 1933 vollzog sich allerdings ein Sinneswandel zugunsten der Wohlfahrtsbewegung. Zunächst wurde am 14.03.1933 Hilgenfeldt die Leitung des Vereins übertragen, der die Organisation erfolgreich leitete.

Auch die im Gau Groß-Berlin durchgeführte „Adolf-Hitler-Geburtstagsspende“³⁵ (Hansen, 1991, S. 9) darf als erste erfolgreich bestandene Bewährungsprobe vor der Anerkennung gezählt werden. Hansen (1991, S. 9) nennt drei Personen, die sowohl mit persönlichem Engagement als auch durch fachliche und politische Argumentation die parteiamtliche Anerkennung anfeuert: Magda Goebbels, Frau des Propagandaministers, Eva von Schröder, die als „eigentliche Mutter der NSV“ (ADW CA1195, Bd. 20, Aufzeichnungen Vöhringers „Zur Geschichte der Deutschen Liga für freie Wohlfahrtspflege“, o. D., S. 33) (zit. in Hansen, 1991, S. 8) bezeichnet wurde und Ingeborg Altgelt, die als Journalistin seit 1932 Geschäftsführerin der NSV war.

Immer noch unklar blieb zunächst die Rolle, die die Wohlfahrtspflege im NS-Regime einnehmen sollte, doch kristallisierte sich bereits zu Anfang heraus, dass das Winterhilfswerk des Deutschen Volkes (WHW)³⁶ bedeutend für die zukünftige Positionierung der NSV sein würde (vgl. Hansen, 1991, S. 11 f.). Mit der nationalsozialistischen Identität aufgeladen, sollte das WHW innen- wie

35 Gesammelte Sach- und Geldspenden wurden als „Geburtstagsgabe des Führers“ an Berliner Hilfsbedürftige „ohne Rücksicht auf ihre politische und konfessionelle Einstellung“ weitergegeben (BA NS26/262, „Geschichte der NSV von den Anfängen bis 1934, S. 206) (zit. in Hansen, 1991, S. 9).

36 Das Winterhilfswerk des Deutschen Volkes, das aus der späten Weimarer Republik stammt, sammelte in der Notlage Geld- und Sachspenden für Arbeits- und Obdachlose (vgl. Scriba, 2014, o. S.).

außenpolitisch die Kompetenzen des Regimes aufzeigen. Diese liegen in der „volkserzieherische[n, d. Verf.] Bedeutung [...] [, die, d. Verf.] die nationale Solidarität wecken und [zu, d. Verf.] vertiefen [...]“ wusste. (Althaus, 1937, S. 27 f.) (zit. in Hansen, 1991, S. 12). Die Parole Hitlers „Keiner soll hungern und frieren.“ (Hansen, 1991, S. 12) verstand sich im Nationalsozialismus als „Sozialismus der Tat“ (BA NS26/262, S.521) (zit. in Hansen, 1991, S. 12). Hilgenfeldt wurde, neben seiner leitenden Position der NSV, nun auch mit der Aufgabe betraut, die Organisation und Maßnahmen des WHW zu leiten.

Unter der erwähnten Parole wurden in der ersten Durchführung 1933 Bedürftigen Unterstützung durch verschiedene Sachleistungen wie Nahrungsmittel, Kleidung und Heizstoffe geboten. Die finanzielle Unterstützung entfiel hingegen, sodass die Spenden durch das ‚Sammlungsmonopol‘ (Lehnert, 2003, S. 186), welches das WHW seit 1935 besaß, nach dem Abbau der Arbeitslosigkeit der NSV zur Verfügung gestellt werden konnte (vgl. ebd., S. 184 ff.). Bis zum Beginn des Jahres 1934 wandelte sich das Selbstverständnis der NSV, die bisher vage Proklamationen ohne konkrete Stellung und Stärke verlautbarte, hin zu ‚Totalitätsansprüchen‘ (Hansen, 1991, S. 15), welche allein der NSV die führende Position in der Fürsorge zusprachen. Dieser vergleichsweise späte Wendepunkt in der Entwicklung der NSV zeigt die Unentschlossenheit der NSDAP in der wohlfahrtspolitischen Landschaft (vgl. ebd.).

Bisher ungeklärt ist, in welcher Form die NSV selbst durch ihren in diesem Kapitel dargestellten Paradigmenwechsel der Fürsorge im deutschen Reich zu einer Eskalation ‚erbbiologischer‘ Themen wie Zwangssterilisation bis hin zu Krankenmord beigetragen hat. Lehnert (2003, S. 190) geht davon aus, dass sich ein vom ‚Führerwille‘ (ebd.) unabhängiger Radikalisierungsprozess in der Fürsorge vollzogen hat, wodurch Zwangssterilisationen und Krankenmord erleichtert wurden. Maßgeblich dafür ist die Begrifflichkeit Fürsorge mit ihrer Bedeutung. Hier lässt sich deutlich ein Wandel von der Republik bis hin zur Machtergreifung beobachten. Genossen vor 1933 vor allem Menschen, die von Armut betroffen waren, Fürsorge durch den Staat, galten diese ab der Machtübernahme als ‚Minderwertige‘. Durch den Einfluss sozialdarwinistischen Denkens in der NSV, konnte verhindert werden, dass politische oder gesellschaftliche Ebenen als Ursache für Missstände gesehen wurden (vgl. Lehnert, 2003, S. 93).

Vielmehr wurden Armut und Not an Individuen festgeschrieben und als unveränderbar und erblich betitelt. Der Entzug von Leistungen für die „negative Auslese“ mit gleichzeitiger Erbringung von Leistungen für die „positive Auslese“ (siehe Kapitel 3.2.2) zeigt, dass die Fürsorge im Nationalsozialismus nun weniger einer sozial benachteiligten Bevölkerungsschicht zu Gute kommen soll, als dem ‚erbgesunden‘ Teil der Bevölkerung (vgl. ebd., S. 91).

Der von Nationalsozialisten aus der Weimarer Republik kommende Vorwurf der ‚Minderwertigenfürsorge‘ wurde von der NSV nach der Machtübernahme somit besonders engagiert widerlegt (vgl. Lehnert, S. 175 ff.) Deutlich wird der Paradigmenwechsel in einem Zitat Herman Althaus’: „[...] Die Heranziehung aller nationalen und religiösen Persönlichkeiten zur tätigen Hilfe und Opferbereitschaft für die Volksgemeinschaft muss Ziel der Volkswohlfahrt im neuen Staat sein [...].“ (Althaus, 1933, S. 663) (zit. in Hammerschmidt, 1999, S. 146). Von der individualisierten Bedeutung der Fürsorge für Schwache und in Not geratene Menschen stand ab nun nicht mehr der einzelne Mensch im Mittelpunkt, sondern die ‚Volksgemeinschaft‘ und das Ziel ihrer ‚Aufartung‘, welche sich als Maßstab für Fürsorge entwickelte. In der Bedeutung der Begrifflichkeit lässt sich also festhalten, dass durch die praktische Umsetzung von „erb- und rassenspflerischen“ Praktiken der

Fürsorgebegriff durch die Nationalsozialisten einem Paradigmenwechsel unterlaufen ist, der konträr zum Fürsorgeprinzip der Weimarer Republik stand.

4. Die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ - ‚Euthanasie‘ als Euphemismus für systematisches Morden

Das nun folgende Kapitel soll die Eröffnung des Kernstücks der vorliegenden Arbeit sein. Zu Beginn bedarf es einiger Worte zum prozessualen Charakter, der den ‚Euthanasie‘-Begriff in der Gestalt formte, in welcher er sich innerhalb des Nationalsozialismus offenbarte.³⁷ Daran anschließend werden zwei ‚Euthanasie‘-Programme vorgestellt, wobei sich der Blick dahingehend auf die ausgewählte Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde als exemplarische Darstellung für das systematische Morden richtet. Mit der kontinuierlichen thematischen Vertiefung mittels diskursanalytischer Elemente soll es gelingen, die Position der beteiligten Pflegeangehörigen innerhalb der Anstalt hinsichtlich ihrer Verantwortung aufzudecken. Dabei führen die Aussagen der Pflegenden der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde aus den Vernehmungsniederschriften von 1961 in Verbindung mit der deutenden Darstellung der studentischen Projektarbeit, veröffentlicht unter dem Titel „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“, zu einer abschließenden Einordnung der gewonnenen Ergebnisse.

Der Urgedanke des Begriffs Euthanasie lässt sich auf das antike Griechenland zurückführen, indem es eine humanistische Haltung gegenüber dem Tod beschrieb.

Diese Haltung ist vielmehr als subjektive Kunst zu verstehen, angesichts des eigenen Sterbens Gelassenheit bewahren zu können. Die Betrachtungen waren in der griechischen Philosophie allerdings vielmehr ein Konstrukt, welches Überlegungen und Diskussionen antrieb. Der lebensphilosophische Gedanke „*felici vel honesta morte mori*“³⁸ (Honecker, 1995, S. 122) ist aber ebenso, wie es jedem Keimling im Jahreszeitenlauf ergeht, im Wandel der Zeit einer Reihe von Veränderungen und Entwicklungen unterworfen. So ist es nicht verwunderlich, dass im 16. Jahrhundert erstmalig die Verbindung zur Sterbehilfe geknüpft wird. Sowohl Thomas Morus³⁹ als auch Francis Bacon waren Wegbereiter einer bis heute andauernden Debatte über die aktive Sterbehilfe. Bacon veröffentlichte einen Aufsatz über das emphatische Bestreben der seelischen Begleitung in einen schmerzfreien Tod, in dem sich aber auch Notizen wiederfinden, welche eine bewusste Lebensverkürzung aufgrund unerträglicher Leiden begründbar machen (vgl. Ehrhard, 1965, S. 7).

Mit der Übertragung des eugenischen Gedankens nach Darwin in die Sozialgesellschaft, wie er ja bereits im Kapitel 3.1 zum Ausdruck kam, verschob sich die inhaltliche Bedeutung. Der neu

37 Ein detaillierter Verlauf kann im Rahmen dieser Arbeit nicht abgebildet werden, sodass für tiefergehende Informationen zusätzliche Lektüre von Nöten ist. Zu empfehlen sei an dieser Stelle beispielsweise das Standardwerk von Ernst Klee „Euthanasie im Dritten Reich. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

38 Übersetzung: „eines glücklichen und würdigen Todes sterben“

39 Morus verfasste 1516 eine Schrift namens „Utopia“, in der er einen Idealstaat kreiert. Gesundheit und Zufriedenheit bestimmen das Leben, sodass Leiden und unheilbare Erkrankungen ausgegrenzt werden. Er beschreibt einen stets freiwilligen Euthanasiegedanken bei subjektivem Wertlosigkeitsempfinden in Form des Fastens zur Beendigung des Lebens (vgl. Honecker, 1995, S. 122 f.).

gewonnene Bezug formte aus Darwins biologischen Thesen ein Selektionsverfahren, welches 1920 in einer 62seitigen Broschüre unter dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in die Öffentlichkeit gelang. Die in der Nachkriegszeit veröffentlichte Broschüre stammte aus der Feder zweier angesehener Professoren: dem Psychiater Alfred Erich Hoche sowie dem Jurist Karl Binding (vgl. Klee, 1985, S. 35 ff.). Sie schufen mit dieser Schrift einen Bruch zwischen der begrifflichen Auslegung im Sinne einer Sterbehilfe nach Bacon und der nun begründbar gemachten bewussten Tötung von „leeren Menschenhüllen“ (Binding & Hoche, 1920, S. 55). So beschreiben sie weiter:

„Unsere deutsche Aufgabe wird für lange Zeit sein: eine bis zum höchsten gesteigerte Zusammenfassung aller Möglichkeiten, ein freimachen jeder verfügbaren Leistungsfähigkeit für fördernde Zwecke. Der Erfüllung dieser Aufgabe steht das moderne Bestreben entgegen, möglichst auch die Schwächlinge aller Sorten zu erhalten, allen, auch den zwar nicht geistig toten, aber doch ihrer Organisation nach minderwertigen Elementen Pflege und Schutz angedeihen zu lassen - Bemühungen, die dadurch ihre besondere Tragweite erhalten, daß es bisher nicht möglich gewesen, auch nicht im Ernste versucht worden ist, diese Defektmenschen von der Fortpflanzung auszuschließen.“ (ebd. S. 55, Hervorheb. i. O.)

Gerade die von Hoche gewählten diffamierenden Begriffe innerhalb seiner Ausführungen, wie ‚Ballastexistenzen‘, ‚Menschenhülsen‘, ‚geistig Tote‘ und ‚Defektmenschen‘ (Klee, 2010, S. 26), fanden letzten Endes Einzug in das Vokabular, welches sich nur allzu deutlich innerhalb der Meldebögen widerspiegelte. Das Todesurteil war mit solch einer Kennzeichnung nunmehr besiegelt (vgl. Klee, 2010, S. 26). Der vermeintliche Sektencharakter der Sozialdarwinisten verlor sich nun unweigerlich und aus dem eugenischen Gedanken kristallisierte sich der Indikator für die ‚Euthanasie‘ unter der Herrschaft des Nationalsozialismus (vgl. Klee, 1985, S. 37).

1921, ein Jahr nach der Veröffentlichung der Broschüre von Binding und Hoche, verlegte die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene den „Grundriß der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene“ im J.F. Lehmanns Verlag. Dieses Werk, so heißt es, solle Hitler als Lektüre in seiner Gefangenschaft gedient haben. Ob er diese tatsächlich studierte, vermögen zwar auch die verschiedensten Quellen nicht hinreichend zu belegen, allerdings lassen sich Textstellen in seinem Werk „Mein Kampf“ finden, in denen Hitler seine ‚rassenhygienischen‘ Vorstellungen beschreibt (vgl. Klee, 2010, S. 27 ff.).

1927 kritisierte Mayer⁴⁰ in seiner Dissertation „Gesetzliche Unfruchtbarmachung Geisteskranker“, dass es mitunter dem fürsorglichen und konfessionellen Charakter geschuldet sei, dass eine natürliche Auslese nicht mehr vorzufinden ist. Seine Dissertation avancierte schnell zum Standardwerk, welches die humanitäre Fürsorge der Kranken als eine Gefahr für das Gemeinwohl zu erkennen ließ (vgl. ebd., S. 29 ff.).

Selbst Bodelschwingh, Pastor und Leiter der diakonischen Einrichtung Bethel, war ein begeisterter Anhänger von Mayers Schriften, in dem Ausmaß, dass er sich auch die diffamierende Ausdrucksweise zu Eigen machte (vgl. ebd., S. 31). Nicht zuletzt präsentierte Adolf Hitler 1929 in seiner Schlussrede am 4. NSDAP-Reichsparteitag in Nürnberg eine Bilanz, die im Zuge der vorangegangenen Diskussion ebenfalls unumgänglichen Handlungsbedarf provozierte. So sprach er davon, dass, „wenn in

40 Joseph Mayer war Assistent am Institut für Caritaswissenschaft in Freiburg, Privatdozent für Moraltheologie und Moralethik. Zudem vertrat er das Amt des Hauptschriftleiters der „Caritas. Zeitschrift für Caritaswissenschaft und Caritasarbeit“ (vgl. Klee, 2010, S. 29).

Deutschland jährlich eine Million Kinder geboren und zugleich 700.000 bis 800.000 der Schwächsten beseitigt würden, wäre das im Ergebnis eine Kräftesteigerung.“ (ebd., S. 31). Die erste Fachkonferenz für Eugenik des Central-Ausschusses für die Innere Mission der Deutschen Evangelischen Kirche von 1931 schloss zwar mit der Ablehnung der Vernichtung von ‚Lebensunwerten‘, allerdings wurde hinsichtlich der Sterilisation, als nächster praktisch auszuführender Schritt, eine weitere Tür für die ‚Euthanasie‘-Aktionen im NS-Regime geöffnet (vgl. ebd., S. 32).

Das sogenannte Erbgesundheitsgesetz trat am 1. Januar 1934 in Kraft und bildete den rechtlich geschützten Rahmen für die Zwangssterilisationen im Zuge der ‚Rassenhygiene‘. „Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenen Schwachsinn, 2. Schizophrenie, 3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein, 4. erblicher Fallsucht, 5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), 6. erblicher Blindheit, 7. erblicher Taubheit, 8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet. (RGBl. I Nr. 86, 1933, S. 529)

Die eugenische Indikation zur Zwangssterilisation beschreibt Kaminsky (2007, S. 19) als den „[...] sichtbaren Übergang von einer traditionellen Form der Diskriminierung in den öffentlichen Feldern von Wirtschaft, Politik und Kultur zu einer modernen Form des Eingriffs in den Privatbereich sowie in Leib und Leben.“ (ebd.). Es wird eine voranschreitende radikale Linie sichtbar: mit der Verhütung ‚erbkranken‘ Lebens in Form der Zwangssterilisation, über die Vernichtung ungeborenen Lebens in Form des Schwangerschaftsabbruchs⁴¹ bis hin zur Vernichtung von Kindern und Erwachsenen (vgl. Klee, 2010, S. 19).

Zwischen den Jahren 1937 und 1938 gründete sich der Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter Leiden. Die Mitglieder, überwiegend Psychiater, waren verantwortlich für die Planung der ‚Kindereuthanasie‘. Mit einer Führervollmacht erwirkten sie schließlich Ende 1938 die Durchführung zur Vernichtungs-Aktion in ‚Kinderfachabteilungen‘ (Steppe, 1996, S. 143). So spricht Steppe (ebd.) von mindestens 5.000 Kindern, welche aufgrund ihrer physischen und psychischen Einschränkungen mittels Medikamente und dem Entzug von Nahrung getötet wurden.

Im Rahmen der Forschungsfrage zur Rolle des Krankenpflegepersonals innerhalb der Euthanasie-Aktionen im NS-Regime werden keine weiteren vertiefenden Angaben zur Zwangssterilisation, dem Schwangerschaftsabbruch sowie zur sogenannten Kindereuthanasie gemacht. Sie sollen vielmehr die Institutionalisierung der ‚Rassenhygiene‘ in ihrem prozessualen Werdegang skizzieren. Die fortwährend sinkende Hemmschwelle zur Tötung von ‚erbkranken‘ Menschen im Sinne der nationalsozialistischen Erbgesundheitspolitik führte nicht zuletzt zur euphemistischen Etablierung der Krankenmord-Aktionen in zwei Phasen (vgl. Kaminsky, 2007, S. 20; Steppe, 1996, S. 152). Diese sollen nun im folgenden Kapitel ausgeführt werden.

41 Am 16. März 1934 ließ das Hamburger Erbgesundheitsgericht erstmalig eine Abtreibung aus eugenischen Gründen zu. Die Gesetzesnovelle zum Sterilisationsgesetz vom 26.07.1935 machte eine Abtreibung rechtsgültig. Allerdings durfte dies im Zuge einer Unfruchtbarmachung nur unter Einwilligung der zukünftigen Mutter geschehen. In der Praxis wurde diese Regelung jedoch aufgeweicht (vgl. Hecker, 2004, S 14).

4.1 ‚Euthanasie‘-Programme am Beispiel der „Aktion T4“ und dezentrale ‚Euthanasie‘

Die Planungsphase der ‚Euthanasie‘ an Erwachsenen begann im Juli 1939 unter der Organisation von Philipp Bouhler, Hitlers ‚Euthanasiebevollmächtigtem‘ (Klee, 2010, S. 549). Ebenfalls beteiligt waren Leiter aus vier Berliner Heil- und Pflegeanstalten, unter anderem Ernst Wagenknecht aus Berlin-Wuhlgarten und Wilhelm Bender aus Berlin-Buch (vgl. Klee, 2010, S. 83).

Die Besprechungen zur Planung behandelten zunächst die Rechtfertigung von Krankenmorden als unumgängliche Maßnahme, um Lazarett Räume für den bevorstehenden Krieg zu schaffen. So sei das freiwerdende Personal in der Lage, Kriegsverwundete zu versorgen. Weiter musste Klarheit geschaffen werden, wer sich aus dieser Planungsgruppe, bestehend aus mindestens 20 Mitgliedern, am ‚Euthanasie‘-Geschehen in den Heil- und Pflegeanstalten beteiligen wollte. Nach der Personalentscheidung bedurfte es einer ausführlichen Diskussion über das Tötungs-Vorgehen. Aus den Reihen der beteiligten Ärzte wurde einhellig das Töten mittels einer Spritze oder Verabreichen von Luminaltabletten abgelehnt. So führte die weitere Diskussion dazu, dass verschiedene Pharmakologen zu Rate gezogen wurden. Die Konsultation ergab, dass das in Frage kommende Mittel einzig ‚Kohlenoxyd‘ (CO) (Klee, 2010, S. 84) sein konnte. Das Kriminaltechnische Institut der Sicherheitspolizei (KTI) wurde letztlich damit beauftragt, das Mittel auf seine Wirksamkeit hin zu prüfen. Der Leiter der chemisch-physikalischen Abteilung, Albert Gottlob Widmann, übernahm nach der erfolgreichen Prüfung die zukünftige Bestellung des CO-Gases. Neben dem Gas wurden im Laufe der ‚Euthanasie‘-Aktionen aber auch Medikamente zum Töten vom KTI geliefert (vgl. ebd., S. 83 ff.).

Am 21. September 1939 begann, auch als Ende der Planungsphase anzusehen, die flächendeckende Erfassung aller Heil- und Pflegeanstalten, in denen nicht nur vorübergehende Aufenthalte zu verzeichnen waren. Zusammen mit den Meldebögen dienten diese übersichtsschaffenden Maßnahmen als Planungsgrundlage für den ersten Massenmord an deutschen Patientinnen und Patienten (vgl. Klee, 2010, S. 87-92).

Bereits im September 1939 waren, nach der Kapitulation Polens, die ersten Patientinnen und Patienten einer westpreußischen Einrichtung ermordet worden. „Pommersche Kranke“ (ebd., S. 95) folgten nach der Organisation zur Erschießung durch die Provinzialverwaltung Danzig-Westpreußen (vgl. ebd., S. 94 f.).

Für die Vergasungs-‚Euthanasie‘ im ‚Altreich‘ wurden sechs Einrichtungen zu Vergasungsanstalten umgebaut, wobei die folgende chronologische Darstellung den Zeitraum der tatsächlichen Vergasung benennt. Es waren immer vier Tötungseinrichtungen in Betrieb, in denen bis August 1941 ca. 70.000⁴² Menschen getötet wurden. (vgl. Kaminsky, 2007, S. 30 f)

- Grafeneck in Württemberg Januar 1940 - Dezember 1940
- Brandenburg an der Havel Januar 1940 - September 1940
- Hartheim bei Linz Januar 1940 - Ende 1944
- Sonnenstein bei Pirna April 1940 - August 1943

42 Tatsächlich wurde am 9. Oktober 1939, innerhalb der Planungsphase, die Zahl der ‚Euthanasie‘-Betroffenen mit 65.000 bis 70.000 festgelegt. (vgl. Aly, 1987, S. 11)

- Bernburg an der Saale September 1940 - April 1943
- Hadamar bei Limburg Januar 1941 - August 1941

(Steppe, 1996, S. 144).

Regionalforschungen deckten auf, dass sich die von der ‚Euthanasie‘ Betroffenen von den Opfern der Zwangssterilisation unterschieden. Die Variablen Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Diagnose, Leistungsfähigkeit und Aufenthaltsdauer wurden aus ca. 30.000 Patientenakten erhoben. Die Sichtung nach den genannten Variablen ergab, dass ein Drittel der Betroffenen arbeitsunfähig und pflegeaufwendig war, 74,6% besaßen eine Negativ-Eintragung hinsichtlich ihres Verhaltens. Im Vergleich zur Opfergruppe der Zwangssterilisierten betraf die Aktion vielmehr Menschen mit einer deutlich schwereren Beeinträchtigung im physischen wie auch im psychischen Sinne mit voraussichtlich langandauernden Aufenthalten in Heil- und Pflegeanstalten (vgl. Kaminsky, 2007, S. 31 f.).

Zeitgleich mit dem Umbau von Schloss Grafeneck in eine Vergasungsanstalt, erfuhr der Aufbau des ‚Euthanasie‘-Projektes weitere strukturelle Veränderungen, welche die gesamte Organisation der Mordaktionen bestimmten (vgl. Klee, 2010, S. 116). Eine zentrale Dienststelle richtete sich im April 1940 in der Tiergartenstraße 4 in Berlin ein.

Seither nannte sich das ‚Euthanasie‘-Projekt „Aktion T4“ (Kaminsky, 2007, S. 31). Sowohl Steppe (1996, S. 144) als auch Klee (2010, S. 116) sprechen von vier Scheingesellschaften, die die Vergasungs-‚Euthanasie‘ abwickeln sollten.

1. Die ‚Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten‘ (RAG), die die Verschickung und Sammlung der Meldebögen vornahm sowie die Verwaltungsaufgaben nach der Ermordung regelte,
2. die ‚Gemeinnützige Kranken-Transport-GmbH‘ (GEKRAT), die für die Verlegungen zuständig war,
3. die ‚Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege‘, die als Arbeitgeber für die ca. 300-400 Mitarbeiter auftrat und der die Hauptwirtschaftsabteilung zugeordnet wurde (Bau- und Beschaffungsmaßnahmen einschließlich der Verwertung von Zahngold und Schmuck der Ermordeten),
4. die 1941 gegründete ‚Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten‘, über die das gesamte Abrechnungsverfahren (Pflegegelder usw.) reorganisiert wurde (Steppe, 1996, S. 144).

Die Kontrollinstanz der vier Organisationen war die Kanzlei des Führers (KdF). Die KdF stellte den Ausgangspunkt für die Durchführung der ‚Euthanasie‘-Aktionen dar (vgl. Aly, 1987, S. 12). Die Finanzierung der „Aktion T4“ (Kaminsky, 2007, S. 31) wurde durch die NSDAP organisiert (vgl. Klee, 2010, S. 121).

Der Aufwand, die Meldebögen zu sichten, gestaltete sich bereits im Frühjahr 1940 problematisch, da nicht ausreichend Gutachter zur Verfügung standen, um eine schnellstmögliche Bearbeitung zu gewährleisten (vgl. ebd., S. 125). Die Meldebögen wurden jeweils dreimal kopiert und an drei Gutachter zur Sichtung versandt. Die Kopien enthielten einen schwarz umrandeten Kasten in welchem das Urteil eingetragen werden sollte. Ein rotes Pluszeichen bedeutete das Todesurteil, wohingegen Meldebögen mit einem blauen Minus gekennzeichnet, für die Betroffene oder den

Betroffenen Leben symbolisierte. Mittels des Fragezeichens konnte der Gutachter seine Unentschlossenheit zum Ausdruck bringen. Mit einem Handzeichen versehen, wurden die ausgefüllten Bögen wieder zurück an die Dienststelle versandt und die Urteile auf die Originale übertragen. Sodann erhielt der ‚Obergutachter‘ (ebd., S. 123), in diesem Falle war dies Herbert Linden, Reichsbeauftragter für die Heil- und Pflegeanstalten, welcher abschließend urteilte ohne den ‚Todeskandidaten‘ (ebd.) tatsächlich gesehen zu haben. Auch Linden nutzte für seine Entscheidung die Zeichen Plus und Minus, in Zweifelsfällen wurde der Begriff ‚zurückgestellt‘ (ebd.) verwendet. Derartige Einzelfälle entschied Linden in der Folge gemeinsam mit Viktor Brack, dem Leiter des Hauptamt II der KdF. Mit dem endgültigen Urteil wurden die Unterlagen wieder zurück an die Zentraldienststelle versandt (vgl. Klee, 2010, S. 123).

Die Menschen, deren Meldebögen mit der nicht mehr für ‚lebenswürdig‘ (Aly, 1987, S. 13) befundenen Markierung versehen waren, wurden in Bussen der GEKRAT abgeholt und in sogenannte Zwischenanstalten gebracht, in denen sie zwei bis vier Wochen verblieben. Anschließend transportierte die GEKRAT die Betroffenen weiter in eine der sechs Vergasungsanstalten (vgl. ebd. S. 13). Eine Krankenschwester aus Hadamar beschrieb vor Gericht solch eine Ankunft:

„In dem Erdgeschoß kamen die Opfer zunächst in einen damals in 2 Räumen abgeteilten Saal, dessen vorderer Raum als Warteraum diente. Hier waren einige Betten aufgestellt, die für gehunfähige Kranke bestimmt waren. Der hintere Raum des Saales war der Entkleidungsraum, in dem ich tätig war. Dort wurden zuerst die Männer, sodann die Frauen ausgekleidet. Von hier wurden die Kranken über einen Flur in den Arzttraum geführt, wo sie nochmals kurz ärztlich untersucht wurden und an Hand der vorhandenen Krankenpapiere mit einer Nummer versehen wurden. Diese Nummern wurden ihnen mit Farbstift auf den Rücken geschrieben. Aus dem Arzttraum kamen sie in ein daneben gelegenes Zimmer, [...] worauf die Kranken in einen gegenüberliegenden Warteraum gebracht wurden, in dem sie sich so lange aufhalten mußten, bis alle Ankömmlinge des Transports versammelt waren. Darauf wurden sie geschlossen, und zwar Männer und Frauen gemeinsam, über eine Treppe in den mit Kacheln ausgekleideten Gasraum gebracht, der äußerlich einem Duschaum ähnelte.“ (Aly, 1987, S. 13 f)

Ausschlaggebend für das Todesurteil waren neben mangelnder Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch soziale und ‚rassische‘ Einstufungen, dabei traf es nicht nur Menschen jüdischer Abstammung sondern auch solche mit gerichtlich angeordneter Einweisung zur Sicherungsverwahrung (vgl. ebd., S. 15).

Das ausgewählte Pflegepersonal, welches zuvor nachdrücklich auf ihre Verschwiegenheitspflicht in Form einer Vereidigung hingewiesen wurde, hatte in der ersten Phase, der Vergasungs-Phase, folgende Aufgaben übernommen:

1. Vorbereitung zum Abtransport, Richten und Auflisten der persönlichen Gegenstände, Kennzeichnung der Patienten mittels Pflasterklebestreifen oder direkt auf die Haut, wobei mit Tintenstift zwischen die Schulterblätter Angaben zur Person geschrieben wurden, An- und Auskleiden der Patienten.
2. Begleitung der Transporte zur Zwischen- oder Tötungsanstalt, während der Fahrt wurden unruhige Patienten mit Medikamenten oder Fesseln ‚beruhigt‘.
3. Begleitung der Patienten in die Tötungsanstalten, Hilfe beim Entkleiden und der Vorführung beim Arzt.

4. Begleitung der Patienten bis zur Gaskammer.
5. Entgegennahme der persönlichen beziehungsweise anstaltseigenen Sachen der Patienten nach der Ermordung (Steppe, 1996, S. 152).

Im August 1941 wurde mit dem sogenannten „Euthanasie-Stopp“ (Aly, 1987, S. 18) eine Zäsur in der ersten Phase des Mordens gesetzt. Am 23. Oktober 1941 schließlich wurde ein erster Teil des seit langem geplanten Gesetzes zur Sterbehilfe erlassen. Dies elaborierte den Impuls zur Legalisierung einer „institutionalisierten Euthanasie“ (Aly, 1987, S. 18). So heißt es im §2 zur „Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten“:

„Der Reichsbeauftragte für die Heil- und Pflegeanstalten hat planwirtschaftliche Aufgaben auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten durchzuführen. Er untersteht dem Reichsminister des Innern und ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten die notwendigen Maßnahmen zu treffen.“ (RGBl. I Nr. 121, 1941, S. 653)

Die genannten „planwirtschaftliche[n, d. Verf.] Aufgaben“ (ebd.) verhielten sich synonym zum Massenmord und erhoben sich „aus dem Dunkel der ‚Geheimen Reichssache‘ in den Rang eines veröffentlichten Gesetzes“ (Aly, 1987, S. 20). Klinische Hinrichtungen sollten nun, nach der Ermächtigung Hitlers, ein gesetzlich etablierter Bestandteil in der nationalsozialistischen Fürsorgepolitik werden (vgl. ebd., S. 18 ff.).

Die dezentrale, in der Geschichtsschreibung auch als „wilde Euthanasie“ (Aly, 1987, S. 169) betitelte Phase begann nach dem von Hitler im August 1941 ausgerufenen „Euthanasie-Stopp“⁴³ (Aly, 1987, S. 18). Dieser hatte zwar zur Folge, dass der zentral organisierte Krankenmord vorerst ein Ende fand, inoffiziell wurden die ‚Euthanasie‘-Aktionen⁴⁴ jedoch nie beendet (vgl. Kaminsky, 2007, S. 36 f.).

Da die Vergasungen große Unruhen in der Bevölkerung hervorgerufen hatten und Hitler in dieser strategisch wichtigen Kriegsphase nicht den Unmut der Bevölkerung auf sich ziehen wollte, sah man sich gezwungen, den Krankenmord nun diskreter fortzusetzen (vgl. Klee, 2010, S. 386).

Zwischenverlegungen und die oben beschriebenen Gutachtertätigkeiten fanden dabei weiter auf die bereits bewährte Weise statt (vgl. ebd., S. 264 f.).

Da die Ernährungssituation der deutschen Bevölkerung in dieser Phase des Krieges bereits unzureichend war, wurde sich auch in dieser Situation der ausgefeilten Propagandamaschinerie bedient, um die „unbrauchbaren Ballastexistenzen“ (Ehrhardt, 1965, S. 43), die nur Platz wegnehmen, als unnötige Esser zu titulieren.

Dass den Faschisten nie an einem Ende der Krankenmorde gelegen war, zeigte sich auch an einer wenige Wochen nach dem offiziellen ‚Stopp‘ abgehaltenen ‚Arbeitstagung‘ (Klee, 1985, S. 283) in Sonnenstein Pirna mit den bewährten T4-Mitarbeitern.

Zwar sind die genauen Inhalte dieses Zusammentreffens nicht bekannt, allerdings wird von Ernst Klee (1985, S. 283) angenommen, dass die Veränderung der Tötungsmethoden ein relevantes Thema der

43 Die Bezeichnung „Euthanasie-Stopp“ bzw. auch die synonyme Bezeichnung ‚Stopp‘ stammen bei allen Textpassagen aus der erstgenannten Quelle von Aly, G. (1987, S. 18).

44 Trotzdem in den letzten Jahren eine wissenschaftliche Aufarbeitung der ‚Euthanasie‘ in Angriff genommen wurde, ist die Beteiligung des Pflegepersonals daran bisher nur vereinzelt untersucht. Siehe dazu auch Kaminsky, U. (2007). „Die NS-„Euthanasie“. Ein Forschungsüberblick.“

Veranstaltung war. An Stelle der bisherigen Vergasungen trat nun Tod durch Nahrungsentzug, Nicht-Beheizen der Anstalten und überdosierte Medikamentengaben ein (vgl. Kaminsky, 2007, S. 43 f.). Das Ableben der einzelnen Patienten und Patientinnen sollte so natürlich wie möglich erscheinen, um neuerliches Misstrauen aus der Bevölkerung zu umgehen (vgl. Klee, 1985, S. 283).

Maßgebend für die Auswahl der zur Tötung bestimmten Kranken war abermals der ‚Nutzwert‘ (Dörner, 2007, S. 172) einer Person sowie die Bettennotwendigkeit nach Bombenangriffen (vgl. Aly, 1987, S. 169). Folglich wurde auch hier mit einer bereits aus der „T4-Aktion“ bekannten Argumentation vorgegangen: die Vielzahl von Verlegungen seien als katastrophenpolitische Maßnahmen zu interpretieren (vgl. Kaminsky, 2007, S. 36), da die immer zahlreicher auftretenden Bombenangriffe die Beschaffung von Lazarettträumen unabdingbar machen würde. Außerdem benötige man die Ärzteschaft und die Pflegenden für Kriegszwecke, während ihre Arbeit in den psychiatrischen Anstalten zweitrangig und somit vernachlässigbar wäre (vgl. Ehrhardt, 1965, S. 32).

Das Morden ging letztlich also in Anstalten mit vernichtungsbereitem Ärzte- und Pflegepersonal weiter. Demzufolge gab es in der Phase der „wilden Euthanasie“ (Aly, 1987, S. 169) vornehmlich regionale Schwerpunkte für die Krankenmorde, nämlich überall dort wo tötungswilliges Personal zum Einsatz kam. Da für die Phase der dezentralen ‚Euthanasie‘ überwiegend auf bewährtes T4-Personal gesetzt worden war, ist davon auszugehen, dass es sich um sehr zuverlässige Mitarbeiter handelte, welche nun selbstständig nach ‚euthanatischen‘ Grundsätzen handelten (vgl. Kaminsky, 2007, S. 36-40). Uwe Kaminsky (2007, S. 42) spricht im Zusammenhang der T4-Mitarbeiter auch von „gruppenstärkenden Geheimhaltungs- und Handlungsritualen“ (ebd.), da diese Tätergruppe meist aus jungem ärztlichen und pflegerischen Personal bestand, welches einen Karriereschub durch die Teilnahme an den Tötungen erfahren hatte und jetzt aus eigenem Antrieb handelte. Götz Aly (1987, S. 172) thematisiert im Übrigen für einige Anstalten auch die Auswahl neuer „[...] besonders [...] praktischer Psychiater [...]“ (Aly, 1987, S. 172), um zukünftig die Anstalten im Sinne der ‚Euthanasie‘ weiterzuführen.

Folglich verlagerte sich der Krankenmord in Anstalten der sogenannten aufnehmenden Regionen. Zu den aufnehmenden Regionen zählten Mittel- und Süddeutschland, Nordostdeutschland, besetzte Ostgebiete und Teile Österreichs. Ein Großteil der Patienten und Patientinnen wurde in die Anstalten Meseritz-Obrawalde, Hadamar und Eschberg (Rheingau) verlegt (vgl. Klee, 1985, S. 284). Zu den Regionen, die ihre Kranken abgaben, zählten Länder und Provinzen im Norden und Westen Deutschlands, wobei ab 1943 insbesondere Westfalen Kranke aushändigte (vgl. Kaminsky, 2007, S. 37f.). Dabei entschieden nicht wie zuletzt Gutachter, welche Pfleglinge sie in den Tod schicken wollten, sondern die entsprechende Anstalt selbst (vgl. Aly, 1987, S. 169). Die Koordination aller Transporte übernahm dabei der Reichsbeauftragte für Heil- und Pflegeanstalten vertreten durch Herbert Linden, sowie seit Juli 1942 Karl Brandt, der für ‚Sonderaufgaben‘ (Aly, 1987, S. 168) zuständig war. Eine zusätzliche wichtige Neuerung trat am 1. Februar 1942 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt galt für alle Anstalten die Verpflichtung, ihre Patienten und Patientinnen unabhängig von Krankheitsart und deren Dauer zu melden (vgl. ebd., S. 169 f.). So wurde den NS-Funktionären die Möglichkeit eröffnet, eine genaue Aufstellung über die Bettenbelegungen der einzelnen Anstalten im Land zu erhalten. Anhand des Dargestellten erschließt sich dem Leser vermutlich von selbst, dass immer wieder frei werdende Betten in den Anstalten nur durch die Ermordung einer Vielzahl von Patienten und Patientinnen möglich war.

Für die in abgebenden Anstalten leer gewordenen Betten hatte man ebenfalls genaue Vorstellungen. Hier sollte keine neuerliche ‚Sieche‘ (ebd., S. 171) aufgenommen werden, stattdessen wurden die Anstalten verpflichtet, „nur wirklich Krankenhausbedürftige und zur Krankenhausbehandlung geeignete Kranke“ (ebd.) aufzunehmen.

Um sich vor unruhig werdenden Angehörigen der zu verlegenden Personen zu schützen, wurden die abgebenden Anstalten mit Verlegungsankündigungen ausgestattet, auf denen der Abtransport mit der erhöhten Bombengefahr in diesem Gebiet gerechtfertigt wurde (vgl. Klee, 1985, S. 284). Tatsächlich hatte es einige Angehörige gegeben, die misstrauisch geworden waren und ihre Kranken kurzzeitig zu Hause pflegen wollten, um so einer Verlegung zu entgehen. Dieses Geschehen wurde jedoch schnellstmöglich, wenn nötig auch mit polizeilicher Verstärkung unterbunden (vgl. Aly, 1987, S. 171).

Nachdem es einige Vorfälle dieser Art gegeben hatte, gingen die Einrichtungen dazu über, die Angehörigen nicht mehr vor den Verlegungen über diese in Kenntnis zu setzen (vgl. Klee, 2010, S. 386 f.). Dass die Täuschung in der Tat nicht bei der gesamten Gesellschaft gelang, lassen auch die anhaltenden Proteste der katholischen Kirche vermuten. Dementsprechend äußerte sich im August 1942 ein Bischoff: „Weit über 100.000 euthanasiert. Über 70 Jahre alte Männer sollen keine Arzneien mehr erhalten. Wer ist überhaupt noch lebenswert? Nur der Nationalsozialist.“ (Akten deutscher Bischöfe, o. J., S. 907) (zit. in Klee, 1985, S. 285). Dass die Kirche auch in den Anstalten als ärgster Feind des Nationalsozialismus verstanden wurde, zeigt sich auch an folgendem Geschehen in der Anstalt Irsee. Dort war eine Vielzahl konfessioneller Schwestern tätig, die sich unkooperativ im Sinne der ‚Euthanasie‘ verhielten. Die Anforderungen, die im Rahmen der Krankenmorde an sie gestellt wurden, standen im krassen Gegensatz zu ihrer bisherigen Berufsauffassung und stießen somit auf ärgste Bedenken. Darauf wurde auf Seiten des Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten reagiert, indem eine reichsbeauftragte Schwester entsandt wurde. Fortan durften die konfessionellen Schwestern keine Nachtdienste mehr ausüben und die abgestellte tötungsbereite Schwester konnte durch überdosierte Medikamentengaben das Leben einer Vielzahl von Insassen beenden (vgl. ebd., S. 294 f.). Dass es neben den Schwestern der Anstalt Irsee durchaus auch Anstaltsdirektoren gab, die eine Beteiligung an der ‚Euthanasie‘ in ihrer Einrichtung ablehnten, zeigt ein von der Projektgruppe „Volk und Gesundheit“ veröffentlichtes Dokument. Dort wird der Besuch eines T4-Arztbesuches in diversen Anstalten beschrieben, wovon sich mehrere laut seiner Aussage nicht an den tödlichen Medikamentengaben beteiligten. Zwar war auch hier das Hungersterben der Anstaltsinsassen, auf das an späterer Stelle noch eingegangen wird, präsent, dies war jedoch an die gegebenen Bedingungen geknüpft und nicht willkürlich herbeigeführt worden. Eine Konsequenz oder Sanktion für die benannten Einrichtungen wird in dem Auszug nicht thematisiert (vgl. Projektgruppe „Volk und Gesundheit“, 1982, S. 183). Umso mehr stellt sich aus dem heutigen Blickwinkel die Frage, wie eine solche Tötungsmaschinerie zustande kommen konnte, an der nachweislich eine Vielzahl von Akteuren beteiligt war, wenn Widerstand augenscheinlich möglich gewesen ist.

Neben der bisher genannten Opfergruppe, die sich überwiegend aus körperlich und/oder psychisch Kranken zusammensetzte, gab es noch einige weitere Menschen die der „wilden Euthanasie“ (Aly, 1987, S. 169) zum Opfer fielen. Dazu zählten auch alleinstehende, durch Bombenangriffe verängstigte Frauen, die aufgrund eines Schocks die Orientierung verloren hatten und ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen konnten.

Auch diese hilflosen Menschen wurden in die Tötungsanstalten deportiert. Eine dritte Opfergruppe, die erst in der neueren Forschung Berücksichtigung findet, ist die der außer sich geratenen SS-Schützen. Damit sind jene Soldaten gemeint, die aufgrund der traumatischen Geschehnisse psychische Störungen erlitten und aus der Waffen-SS ausschieden. Diese vormals hoch angesehenen Männer wurden ebenfalls in den Heil- und Pflegeanstalten untergebracht und mitunter zur Tötung freigegeben (vgl. Klee, 2010, S. 309).

Eine völlig eigenständige Entwicklung, die außerdem in die Zeit der dezentralen ‚Euthanasie‘ fällt und hier Erwähnung finden sollte, war die Ermordung von KZ-Häftlingen im Rahmen der Sonderaktion 14f13. Deren Durchführung wird auf den Zeitraum von März 1941 bis April 1943 festgesetzt und sollte als erklärtes Ziel die Konzentrationslager von ihren ‚Ballastexistenzen‘ säubern. Somit umfasste die nach ihrem Aktenzeichen benannte Aktion die Bewertung tausender Häftlinge durch T4-Ärzte im Hinblick auf deren Arbeitsfähigkeit (vgl. Ehrhardt, 1965, S. 37 f.). Wichtig ist hierbei zu nennen, dass es keine Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen waren, die dieser Aktion zum Opfer fielen, sondern Arbeitsunfähige, Polen, Wehrunwürdige und Berufsverbrecher (vgl. Klee, 2010, S. 286). Diese Vernichtungsaktion, die zu großen Teilen in Dachau Ausführung fand (vgl. ebd., S. 281 ff.) forderte schätzungsweise 20.000 Tote (vgl. Ehrhardt, 1965, S. 38).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen eine eigendynamische Entwicklung der Dinge, die in dem Ausmaß von den Faschisten nicht gewünscht worden war. So gab es sowohl im Juni 1943 als auch im Juli 1944 Bestrebungen, das ‚euthanatische‘ Geschehen erneut zu zentralisieren (vgl. Kaminsky, 2007, S. 40). Eine dahingehende Maßnahme war die zentrale Vergabe von Medikamenten, die wie oben benannt von der Reichskriminalpolizei geliefert und vom Reichsinnenministerium oder der T4-Zentrale verteilt wurden (vgl. Aly, 1987, S. 173). Während die Tötungen durch Medikamentengaben so zumindest zum Teil gesteuert werden konnten, war das aus dem ersten Weltkrieg bereits bekannte Hungersterben in den Heil- und Pflegeanstalten, wenn auch bewusst herbeigeführt, weniger kontrollierbar (vgl. Kaminsky, 2007, S. 170). Die im November 1942 abgehaltene Konferenz zur Hungerfrage hatte eine Zweiteilung der Kost für die Anstaltsinsassen hervorgebracht (vgl. Klee, 1985, S. 287). Demnach erhielten Arbeitsunfähige sowie hoffnungslose Fälle ein Stück Brot und wenige Gramm Steckrüben am Tag, während den produktiven Insassen und dem Anstaltspersonal eine bessere Verpflegung zuteil wurde. Der Tod sollte bei dieser Ernährung laut den ärztlichen Beratern der KdF innerhalb weniger Monate eintreten (vgl. ebd., S. 286 f.).

Diese genannten widrigen Bedingungen riefen mehrere Epidemien und gehäufte Tuberkuloseerkrankungen hervor. Eine Vielzahl der Patienten und Patientinnen verstarb an den Folgen einer Infektion (vgl. Kaminsky, 2007, S. 44). Doch trotz der anhaltend hohen Sterblichkeitszahlen war die Menge der Kranken die täglich mit den Transporten in die Tötungsanstalten kamen beträchtlich und das Voranschreiten des Krieges mit einer zunehmenden Zahl an Verwundeten erforderte immer mehr Unterbringungsmöglichkeiten.

So wurde in den weniger luftgefährdeten Gebieten noch vor Ende des Krieges der Bau von Baracken als Not- und Ausweichunterkünfte neben den eigentlichen Heil- und Pflegeanstalten initiiert. Hier sollten die ‚Ballastexistenzen‘ in großer Zahl unterkommen, um Lazarettraum in den eigentlichen Anstalten frei zu machen. Fehlendes Baumaterial, aufgrund der anhaltenden Rohstoffknappheit, beendete sowohl diese Planung als auch den Bau anstaltseigener Krematorien jedoch frühzeitig (vgl. Aly, 1987, S. 176 f.).

Trotzdem fanden bis zum Einmarsch alliierter Truppen Tötungen statt. In Meseritz-Obrawalde beispielsweise wurden die Tötungen bis zum Einmarsch der Roten Armee vollzogen. Die Ausmaße der Tötungen lassen unzählige Verwechslungen bezüglich der Todesursachen erahnen. So wurde beispielsweise ein Totenschein versendet auf dem ein Mann angeblich an einem Uteruskarzinom verstorben war (vgl. Klee, 1985, S. 285).

Zusammenfassend lässt sich eine Verlagerung des Mordens aus den Gaskammern in die Heil- und Pflegeanstalten des Reiches feststellen. Klee (1985, S. 291) bezeichnete die weitergehenden ‚Euthanasie‘-Morde in dieser Phase als „offenes Geheimnis unter der Bevölkerung“ (ebd.) und führt dafür beispielhaft das nervöse Verhalten des Pflegepersonals beim Rücktransport der Kleidung der Verstorbenen an, sowie die Aussage eines Häftlings, der beim Abtransport sein Wissen über das Bevorstehende äußerte.

Dörner (2007, S. 170 ff.) betont in seinen Ausführungen, dass die Reduktion eines Menschen auf seine bloße ökonomische Leistung fatale Folgen hat und stellt sich der Frage, welche „[...] Ausdrucksformen der Moderne [...]“ (ebd.) diese grausamen Taten hervorgebracht haben und ob sie womöglich noch heute in der Gesellschaft bestehen.

Hierbei handelt es sich um eine von vielen Fragen, die in Bezug auf die ‚Euthanasie‘ im Nationalsozialismus noch ungeklärt sind. Ein weiterführender Forschungsbedarf wird von allen wichtigen Autoren einhellig benannt.

4.2 Die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrwalde als exemplarische Darstellung für Krankenmord

Die 1904 als Provinzialanstalt Obrwalde bei Meseritz eröffnete Pflegeanstalt gehörte bis 1937 zu der Grenzmark Posen/Westpreußen an der damaligen deutschen Grenze zu Polen (vgl. Walter, 1999, S. 19). Das 27 Hektar große Gelände besaß einen Anschluss an das Reichsbahnnetz und beinhaltete laut Preußischem Staatshandbuch neben der Klinik für die Versorgung von Menschen mit geistigen Störungen acht weitere Fachbereiche: ein Altersheim, eine Frauenklinik, eine Entbindungsanstalt, eine Orthopädie, eine Kinderheilstätte, eine innere und neurologische Abteilung, eine Lungenheilstätte, eine Kleinkinderabteilung und ein Säuglingsheim sowie ein Strahleninstitut und Laboratorium (vgl. Beddies, 2002, S. 241). Durch die territoriale Auflösung der Grenzmark Posen/Westmark 1938 fiel die Anstalt unter die Verwaltung der Provinz Pommern und damit unter den Herrschaftsbereich von Gauleiter Franz Schwede-Coburg (1888-1960), der als zuverlässiger Nationalsozialist galt (vgl. ebd., S. 240). Die ärztliche Leitung besaß zu diesem Zeitpunkt der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Henrard. Zunächst war es unklar, wie sich die Zukunft der Krankenanstalt entwickelt. Im zweiten Quartal 1939 entschied sich durch Verhandlung mit der Stadt Berlin, die Anstalt Meseritz-Obrwalde ausschließlich zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu nutzen (vgl. Beddies, 2002, S. 243). Die Umstellung auf eine reine psychiatrische Einrichtung ist neben den kriegswirtschaftlichen Gründen ein erstes Merkmal für den Paradigmenwechsel in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen im Nationalsozialismus. Die Ermordung von Patienten lässt sich in Meseritz-Obrwalde in drei grobe Phasen einteilen, wobei die erste Phase 1939 begann. Die Schließung anderer Provinzialanstalten bedeutete für viele Patienten und Patientinnen die Deportation und anschließende Ermordung durch SS-Kommandos im erst kurz zuvor eroberten Polen. Der spätere Leiter der Anstalt Meseritz-Obrwalde, Walter Grabowski, soll an diesen Ermordungen durch Erschießungen und durch Gaswagen ebenfalls beteiligt gewesen sein (vgl. Beddies, 2002, S. 243 f.). Aus einem Zitat der Oberärztin Dr. Hilde Wernicke wird deutlich, dass Transporte in das Ostgebiet des Reiches nicht nur ausschließlich aus geschlossenen Anstalten erfolgten, sondern auch aus Obrwalde.

„Ende des Jahres 1939 begann der Abtransport der unheilbaren Geisteskranken in Anstalten des Ostens. ...Ein ärztlicher Einspruch gegen den Transport durfte nur erfolgen, falls die Kranken doch noch arbeitsfähig oder nicht transportfähig waren. ... Die ersten Transporte erfolgten durch anstaltseigenes Personal. Sie wurden mit der Bahn durchgeführt und hatten bestimmte Anstalten zum Ziel.“ (Wernicke 11 Ks 8/46, Bl. 35) (zit. in Beddies, 2002, S. 244 f.)

Diese Art von Krankenmord ist von der „Aktion-T4“ abzugrenzen, da es zeitlich früher, wie auch regional begrenzt in Pommern durchgeführt wurde. Die bereits in 4.1 beschriebene „T4-Aktion“ von 1940/1941 stellt in Obrwalde die zweite Phase des Krankenmordes dar. Beddies hat sich bereits 2002 mit der Auswertung der Patientenakten aus dem Bundesarchiv Berlin von Patienten und Patientinnen aus Meseritz-Obrwalde beschäftigt. Die Arbeit umfasst die Auswertung von 166 zugänglichen Einzelakten. Beddies geht davon aus, dass die Anzahl der Akten nicht der Gesamtopferzahl der in Meseritz-Obrwalde im Zuge der „T4-Aktion“ ermordeten Menschen entspricht. Aus quantitativer Sicht stellen die Akten daher laut Beddies (2002, S. 246 f.) einen eher richtungsweisenden Charakter dar.

Herkunft	Anzahl der Patientinnen
Berlin	66
Patientinnen in Meseritz-Obrwalde bereits vor pommerscher Verwaltung 1938	20
Verlegungen aus den geschlossenen Anstalten Lauenburg und Kückenmühlen	79

Tabelle 3: Herkunft der Patienten und Patientinnen (vgl. Beddies, 2002, S. 246 f.)

Diagnose	Anzahl der Patientinnen
Schizophrenie	110
Angeborener Schwachsinn	21
Progressive Paralyse	12
Epilepsie	8
sonstige Diagnosen (u. a. psychische Störungen des höheren Lebensalters, Postencephalitis und chronischer Alkoholismus)	13

Tabelle 4: Diagnosen der Patienten und Patientinnen (vgl. Beddies, 2002, S. 246 f.)

Aufgrund des schlechten Erhaltungszustandes der Akten beziehen sich die Angaben nicht auf die Gesamtzahl der 166 Menschen. Die Opfer wurden in den Monaten Juni bis August 1941 in die Tötungsanstalt Pirna/Sonnenstein deportiert und ermordet, die „Aktion-T4“ befand sich also, wie in Kapitel 4.1 zu entnehmen, in der Endphase (vgl. Beddies, 2002, S. 247).

Die letzte Phase des Krankenmordes in Obrwalde umfasst die Tötungen im Rahmen der dezentralen oder auch sogenannten wilden Euthanasie. Zeitlich einordnen lassen sich diese Morde wenige Monate nach der offiziellen Beendigung der zentralen ‚Euthanasie‘. Die Anstalt wandelte sich zu einem Todeslager. Patienten und Patientinnen aus Meseritz-Obrwalde wurden ab diesem Zeitpunkt nicht mehr in den Osten zur Tötung deportiert, sondern wurden vielmehr direkt auf den Stationen vom Personal der Anstalt umgebracht (vgl. Härtel, 1989, S. 193). Mit dem Ende der „T4-Aktion“ ging nahezu gleichzeitig eine personelle Veränderung einher. Als erste Veränderung lässt sich die Ernennung von Walter Grabowski zum wirtschaftlichen Direktor der Anstalt nennen. Grabowski ist kein Mediziner und war erst 1938 Kreisleiter der NSDAP in Greifenhagen und 1939 in Schlawe. Ab 1939 bis 1940 bekleidete Grabowski das Hauptamt des Bürgermeisters des Ortes Kalisz (dt. Kalisch) in dem von Deutschen besetzten polnischen Gebiet Okręg Warcki (dt. Warthegau) (vgl. Härtel, 1989, S. 193).

In Kalisz befand sich die Zentralstelle für Krankenverlegung, bei der Grabowski durch die bürokratische Abwicklung und Organisation des bereits erwähnten Krankenmordes in Pommern

mitwirkte. Härtel (1989, S. 193) äußert zudem, dass in der Anstalt Meseritz-Obrwalde das Gerücht existierte, Grabowski hätte an Judenliquidierungen teilgenommen. Im August 1942 gab der Arzt Dr. Vollheim, aufgrund eines Konfliktes mit Grabowski, die ärztliche Leitung ab. Zeitzeugen sagten aus, Vollheim sei nicht bereit gewesen, am Krankenmord teilzunehmen. Dr. Vollheim blieb weiterhin Arzt in der Männerabteilung in Meseritz-Obrwalde. Die ärztliche Leitung übernahm Medizinalrat Dr. Mootz (vgl. Beddies, 2002, S. 251). Dr. Theophil Mootz galt als absolut zuverlässig:

„Er ordnete sich nach übereinstimmenden Aussagen Grabowski völlig unter und sorgte für die medizinisch-technische Abwicklung der Krankenmorde. Täglich nahm er – per Fingerzeig - die Selektion der Opfer vor und zeichnete später in den Krankengeschichten die angebliche Todesursache ab.“ (ebd., S. 251)

Neben Mootz und Vollheim arbeitete in der Anstalt bei einer Belegung von mindestens 2.000 Patienten und Patientinnen (ebd.) nur eine weitere Person im ärztlichen Dienst:

Die Ärztin Dr. Hilde Wernicke (1899-1947) war bereits seit 1927 Ärztin in Obrwalde und ab 1929 bekleidete sie das Amt der Oberärztin. Aufgrund ihrer frühen Mitgliedschaft in der NSDAP ab 1933 und ihrer Auszeichnung mit dem Kriegsverdienstkreuz 1944 ist zu vermuten, dass sie der NS-Ideologie weniger kritisch gegenüberstand (vgl. Härtel, 1989, S. 192). Die Abbildung 3 zeigt abschließend die hierarchischen Strukturen der Ärzte- und Pflegerschaft in der Anstalt Meseritz-Obrwalde im Zeitraum der dezentralen ‚Euthanasie‘.

Nach der offiziellen Beendigung der „Aktion-T4“ wurden Patienten direkt in der Anstalt Meseritz-Obrwalde getötet. Die Tötungen begannen zwischen März (vgl. ebd., S. 193) und Spätsommer 1943 (vgl. Beddies, 2002, S. 2). In der Anstalt wurden ab dato nicht nur Patienten und Patientinnen ermordet, die dort behandelt wurden, vielmehr wurden auch Patienten und Patientinnen aus anderen Anstalten nach Meseritz-Obrwalde deportiert und getötet. Härtel spricht daher auch von der „Umwandlung der Anstalt zum Todeslager“ (vgl. Härtel, 1989, S. 193).

Die Tötungen selbst, wurden durch ausgewählte Krankenschwestern und Pflegern vollstreckt. Namentlich seien hier die Oberpflegerinnen Amanda Ratajczak und Luise Erdmann erwähnt (vgl. Beddies, 2002, S. 252).

Der Tötungsvorgang wurde durch eine Mischung verschiedener Arzneien durchgeführt.

Die Patienten erhielten zum einen fünf bis zehn Tabletten der Barbiturate Luminal (vgl. Härtel, 1989, S. 200) oder eine fünffache Todesdosis von aufgelöstem Veronal⁴⁵ (vgl. Beddies, 2002, S. 252). Zum anderen wurden den Opfern eine überdosierte Mischung aus Scopolamin und Morphin gespritzt (vgl. Härtel, 1989, S. 200). Die Patienten und Patientinnen wurden bereits bei der Ankunft von Wernicke und Mootz selektiert und im Schnitt nach drei bis zehn Tagen in zur Tötung bestimmten Zimmern ermordet. Die Zimmer befanden sich für die Frauen in den Gebäuden 6, 8 und 9 und für die Männer in den Gebäuden 18 und 19 (vgl. Härtel, 1989, S. 200). Zu den Opferzahlen lassen sich nur sehr ungenaue Angaben machen, da viele Quellen nicht mehr erhalten sind. Beddies (2002, S. 254) bezieht sich an dieser Stelle auf den Rechtswissenschaftler und Mediziner Josef Radzicki, dieser gibt eine Todeszahl von 6.991 zwischen 1942 und 1945 an, vermutet aber aufgrund fehlender Akten, dass die Anzahl der Toten größer ist, als es die Sterbebücher anzeigen.

Ein großer Teil der nach Meseritz-Obrwalde verlegten Patienten und Patientinnen wurden aus den Wittenauer Heilstätten in Berlin deportiert. Zwischen 1939 und 1944 wurden alleine aus Berlin-

Wittenau 2.013 Menschen nach Meseritz-Obrwalde verlegt von denen 1.321 nachgewiesen ermordet wurden (vgl. Härtel, 1989, S. 202).

Während das Personal bei den Deportationen der „Aktion-T4“ aus Meseritz-Obrwalde wegschauen und die Rolle eines Beihelfers einnehmen konnte, stellt die Dezentralisierung der ‚Euthanasie‘-Morde ab 1943 eine neue Qualität der Tötung dar. Das Personal, also die Stationsschwestern und die Ärzteschaft, selektierte selbstständig wer lebenswert oder ‚lebensunwert‘ sei (vgl. ebd., S. 196). Die ermordeten Patienten und Patientinnen wurden in ihren Krankenakten als „[...] arbeitsunfähig, oder auch arbeitsunwillig, als unbequem, aggressiv, pflegeintensiv oder unsauber beschrieben [...]“ (ebd.).

Abbildung 3 zeigt im Folgenden die hierarchischen Strukturen der Ärzte- und Pflegerschaft in der Anstalt Meseritz-Obrwalde ab Beginn der dezentralen ‚Euthanasie‘.

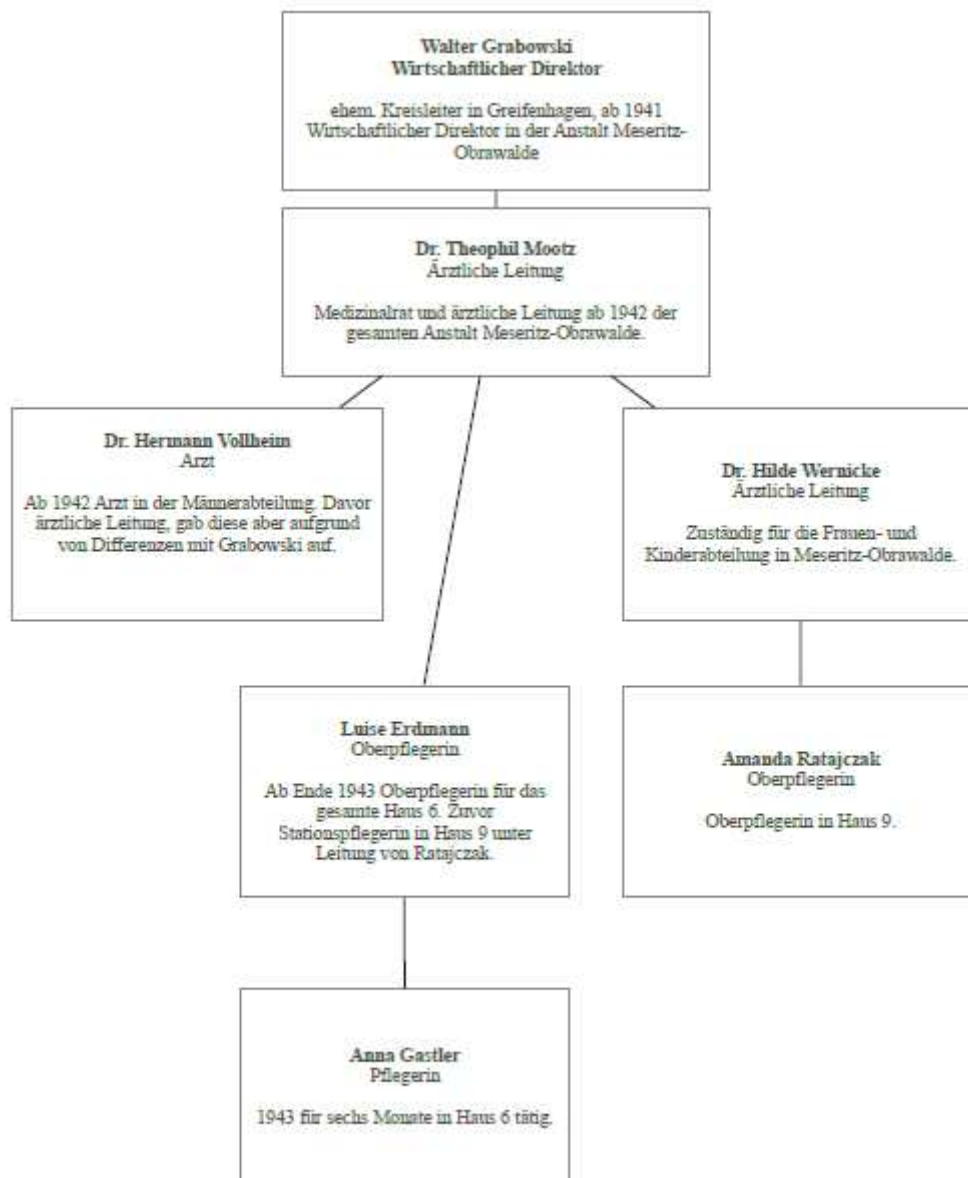


Abbildung 3: Organigramm Meseritz-Obrwalde (vgl. Beddies, 2002, S. 248, 252; vgl. Härtel, 1989, S. 202, 205; vgl. Ewert et al., 2001, S. 51 u. 53)

4.3 Die Pflegenden der Anstalt Meseritz-Obrwalde und deren Umgang mit Verantwortung

20 Jahre nach den ‚Euthanasie‘-Ereignissen in der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrwalde standen 14 ehemalige Pflegerinnen vom 22. Februar bis zum 12. März 1965 wegen Beihilfe zum Mord vor dem Landgericht München unter dem Vorsitz von Landgerichtsdirektor Dr. Thomas (vgl. Prozessprotokoll, 1965, S. 1 ff.)⁴⁵. Als Ursache für den recht späten Prozessauftritt kann ein Generationswandel innerhalb der Justiz angeführt werden. Noch bis in das Jahr 1960 hinein hatten alle Abteilungsleiter des Bundesjustizministeriums eine nationalsozialistische Vergangenheit (vgl. Görtemaker & Safferling, 2013, S. 14). Einhergehend mit dem kontinuierlichen beruflichen Ausscheiden der entsprechenden Instanzen stieg das Interesse an einer kritischen Aufarbeitung seitens der Kinder und Jugendlichen der NS-Zeit (vgl. Wilke, 2000, S. 1).

Der Antrag der Staatsanwaltschaft forderte, dass sowohl Luise Erdmann als auch Anna Gastler sowie sechs weitere der 14 Schwestern verurteilt werden sollten. Im Verlauf des Prozesses plädierte die Staatsanwaltschaft auf vier Jahre Zuchthausstrafe für Luise Erdmann und ein Jahr und sechs Monate für Anna Gastler. Begründet wurde das Plädoyer mit der Annahme, die Beschuldigte Erdmann hätte sich in 210 Fällen strafbar gemacht, Gastler in 20 Fällen (vgl. Prozessprotokoll, 1965, S. 29).

Zu Prozessbeginn wurden alle personenbezogenen Daten erhoben. Anschließend wurden die Pflegerinnen zu ihren jeweiligen persönlichen Verhältnissen vernommen sowie zu den Anschuldigungen befragt. Vertreten wurde jede Angeklagte durch einen ihr zugesprochenen Verteidiger. Die Anklage befasste sich mit der Frage, inwieweit sich die 14 Pflegerinnen im Zeitraum von Mitte 1942 bis Anfang 1945 an der dezentralen ‚Euthanasie‘ beteiligt hatten. Der Vorwurf der Tötung von Menschen aus niedrigen Beweggründen in heimtückischer Begehungsweise konnte abschließend nicht nachgewiesen werden, sodass letztlich alle Angeklagten freigesprochen wurden (vgl. Urteilsbegründung, 1965, S. 51). Erkennbar ist allerdings deutlich die ‚euthanatische‘ Wirkmächtigkeit. In der Schrift zur Urteilsbegründung ist das zentrale Moment der erlösende Gedanke, welcher ausschlaggebend für die Rechtfertigung der in Kapitel 4.2 angegebenen Zahl von ungefähr 7.000 getöteten Menschen sein sollte (vgl. Beddies, 2002, S. 254). Die Befragungen lassen erkennen, dass der Rückblick auf die damalige Beteiligung, auch nach den vergangenen 20 Jahren, ohne Reue geschah. Gleichwohl suizidierte sich eine der beteiligten Pflegerinnen nach den Vernehmungen, woraufhin spekulierend ein reuevolles Schuldbewusstsein angenommen werden kann (vgl. Kompisch, 2008, S. 130). Weitere Entlastungsstrategien der Pflegerinnen waren, sich auf lebensbedrohliche Sanktionen bei Verweigerungsbeteiligung zu berufen, welche allerdings

45 Angaben, welche aus dem Prozessprotokoll von 1965 entnommen wurden, werden im Literaturverzeichnis unter dem namentlich benannten Justizsekretär Rother aufgeführt.

im Vernehmungsverlauf von mehreren Angeklagten widerlegt wurden. So berichtete die Pflegerin Wieczorek⁴⁶, eine ihr angebotene Stelle ausgeschlagen zu haben, da sie in der neuen Position als Oberpflegerin alles hätte tun müssen (vgl. ebd., S. 133). Auch mit dem Beamtenstatus und einem vermeintlichen Gesetz zur ‚Euthanasie‘ wurde versucht, sich von der Verantwortung freizusprechen (vgl. ebd.).

Gerade in diesem Zusammenhang hat die Verantwortung einen bedeutenden Stellenwert, der sich bereits 1934 im Großen Brockhaus folgendermaßen definierte:

„[...] im aktiven Sinn die sittliche Entscheidung und Bereitschaft eines Menschen, für sein Wollen und Handeln und dessen Folgen mit seiner ganzen Persönlichkeit einzustehen.“ (Brockhaus’ Konversations-Lexikon, 1934, S. 81).

Bedingt durch die zeitgebundene sozialisierte Mentalität der ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7), war gerade das Argument der Anordnungs- und Durchführungsverantwortung als Schuldzuschreibung in vorherrschende hierarchische Strukturen zu verstehen (vgl. Spahn, 2001, S. 86). So spricht Margarethe Tunkowski, eine der Beklagten im Prozess, an erster Stelle die Verantwortung der Ärzteschaft zu. Sie gab folgende Formulierung zu Protokoll: „Wir alle und so auch ich faßten die Anordnungen der Ärzte, der Oberpflegerinnen und der Stationspflegerinnen als unbedingt zu befolgende Befehle auf und machten uns oder konnten uns auch keine Ansicht über die Rechtmäßigkeit dieser Anordnungen machen.“ (Vernehmungsprotokoll Margarethe Tunkowski, 1965, Bl. 736) (zit. in Valentin, 2001, S. 89). Demnach richtete sich der Umgang von Verantwortung vielmehr in der Bereitschaft und dem Bewusstsein formalen Anforderungen nachzukommen. Ausschlaggebend waren lediglich die Vorgaben von Vorgesetzten, unabhängig welche kritischen Auseinandersetzungen sich die beteiligten Pflegerinnen innerlich zugestanden (vgl. Spahn, 2001, S. 86).

Der Begriff der Verantwortung lässt sich in der heutigen Zeit nicht mehr in dem Maße abgegrenzt definieren, da er in weitreichenden Zusammenhängen betrachtet wird. Ilgner (2005, S. 77) benennt beispielsweise die Selbstverantwortung, die soziale und institutionelle Verantwortung. Anders als die Eigenständigkeit beispielsweise des Begriffs Gerechtigkeit, impliziert die Verantwortung in der Regel Begriffe wie Pflicht, Verpflichtung, Ordnung, Werte und Freiheit. Aufgrund dieser mannigfaltigen Zusammenhänge ist eine allgemein klar umrissene Definition nur schwer axiomatisch darstellbar. In der betriebswirtschaftlichen Organisationslehre umschreiben die Begriffe Verpflichtung und Berechtigung die Verantwortung. So heißt es, „[...] die Verantwortung berechtigt ein Individuum zu bestimmten Handlungen und verpflichtet das Individuum diese Handlungen so durchzuführen, daß das Ergebnis dem Anspruch an die ihm gestellte Aufgabe gerecht wird.“ (ebd.). Der zusammenhängende individuelle Gedanke zur Freiheit, gebunden an die Verantwortungspflicht, findet sich auch im Artikel 29 Abs. 1 zur „Allgemeinen Erklärung der

46 Die Pflegerin Wieczorek wurde bereits am 25. März 1946 vom Schwurgericht in Berlin wegen gemeinschaftlichen hundertfachen Mordes zum Tode verurteilt und am 25. Januar 1947 hingerichtet (vgl. Kompisch, 2008, S. 133).

Menschenrechte“ wieder, welche seit 1948 gelten: „Jeder Mensch hat Pflichten gegenüber der Gemeinschaft, in der allein die freie und volle Entwicklung seiner Persönlichkeit möglich ist.“ (Auswärtiges Amt, 2008, S. 18).

Die empfundene Verantwortung begreift sich in der situativen Wahrnehmung sowohl einer Person aber auch einer Institution, deren Schicksal mit emphatischer Aufmerksamkeit akzeptiert wird. Hierfür ist gerade die Identifikation unabdingbar (vgl. Ilgner, 2003, S. 78). Bezogen auf die zweite Forschungsfrage, beinhaltet diese eine dichotome Identifikation, wobei zum einen das Hineinversetzen in Personen, welche von den Tötungen betroffen waren, als identifizierendes Merkmal handlungswirksam erscheint, zum anderen der bereits erwähnte korrespondierende ‚euthanatische‘ Gedanke der nationalsozialistischen Ideologie als kollektive institutionalisierte Sichtweise erkennbar wird.

Der Soziologe Etzioni differenziert die Sicherung der sozialen Ordnung in einer Gesellschaft in drei Mittel:

1. Zwangsmittel (Gesetze, Polizei, usw.)
2. utilitaristische Mittel (ökonomische Anreize)
3. normative Mittel (Appelle an Werte, Moralerziehung) (Ilgner, 2003, S. 83)

In Abhängigkeit der zeitlichen Lokalisation, welche die Gesellschaft in unterschiedlichen Einflüssen darstellen kann, können entsprechende Mittel im Vordergrund stehen, wobei Verantwortung zu den normativen Mitteln zählt. Ihre Sicherung wird mittels dem allgemeinen Konsens, Gruppendruck und der moralischen Stimme der Gesellschaft, im Bezug auf den zeitlichen Rahmen dieser Arbeit eher als diktatorische Stimme zu bezeichnen, erreicht. Hinzu kommt schließlich die subjektive Wahrnehmung der eigenen Situation sowie der Umwelt, die sich durch individuelle Präferenzen ausdrückt. Zudem ist die Verantwortung nicht formal definierbar, da das Bewusstsein dahingehend auf unterschiedlichen Wertstrukturen zweier Individuen basieren kann.

Moralische Freiwilligkeit und verschiedene Präferenzen lassen das Verantwortungsbewusstsein grundsätzlich weniger gleichgerichtet erscheinen (vgl. ebd., S. 83 f.).

Die Verortung der Verantwortung darf nun hinsichtlich der beteiligten Pflegerinnen im ‚Euthanasie‘-Geschehen auf vier Ebenen konstatiert werden, wobei diese Auflistung sich unabhängig eines Machtgefälles darstellt:

- Anordnungs- und Durchführungsverordnung
- persönlich-individuelle Verantwortung
- kollektive Verantwortung
- persönlich-fachliche Verantwortung (vgl. Valentin, 2001, S. 89-96)

Biographische Angaben

Im Zuge der folgenden Betrachtung aus diskursanalytischer Perspektive werden die Aussagen von Luise Erdmann und Anna Gastler herangezogen. Die Auswahl der genannten Pflegerinnen erfolgte vor dem Hintergrund der Anklage, die Erdmann als Hauptangeklagte beschreibt. Um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurde Gastler, als der von Erdmann unterstellten Nebenschwester gewählt. Zudem finden sich beide Personen in Steppes und Ulmers Herausgeberwerk „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ wieder, welches in Kapitel 4.3.2 vergleichend herangezogen wird. Die genannten Pflegerinnen sollen nun kurz biographisch dargestellt werden. Zur Einordnung weiterer Personen wie Ratajczak ist das Organigramm aus Kapitel 4.2 heranzuziehen.

Luise Erdmann, am 05.04.1901 in Gumminshof/Pommern geboren, besuchte vom sechsten bis zum 14. Lebensjahr die Volksschule, dort waren ihre Leistungen eher als durchschnittlich zu bewerten. Ihre Eltern besaßen ein landwirtschaftliches Anwesen an deren Bewirtschaftung sie sich nach Beendigung der Schulzeit drei Jahre lang beteiligte.

Darauf folgte eine einjährige Tätigkeit in einem Gutshaushalt ihrer Gemeinde. Am 1. Mai 1923 begann sie den zweijährigen Lehrgang zur Pflegerin in der Heil- und Pflegeanstalt Treptow an der Rega. Dort wurde sie 1930 zur Abteilungsschwester für unruhige Kranke ernannt. Der Ausbildungszeitraum lässt vermuten, dass die Inhalte auf christlichen Grundlagen beruhten (dafür siehe auch Kapitel 2.1.2). Nach Auflösung der Treptower Einrichtung im Oktober 1941 kurz nach Ausruf des „Euthanasie-Stopps“ (Aly, 1987, S. 18) wurde sie in die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde versetzt. Von Ende 1941 bis Anfang 1943 war sie dort in der Aufnahmeabteilung des Hauses 6 tätig. Daran schloss sich eine Beschäftigung als Abteilungspflegerin in Haus 9 auf der sogenannten Tobstation unter Ratajczak an. Dort wurde sie erstmalig ‚Euthanasie‘-Aspekten gewahr. Ende 1943 fand ihre Versetzung nach Haus 6 statt, in dem sie nunmehr die Position einer Oberpflegerin innehatte. Dieses Amt bekleidete sie bis zu ihrer Flucht aus der Anstalt am 29.01.1945. Ihre Mitgliedschaft in der NSDAP seit 1933, sowie in der NS-Frauenschaft endete mit der Kapitulation des Deutschen Reiches.

Der weitere berufliche Werdegang zieht sie nach Dänemark und später nach Schweden.

1953 kehrte sie nach Deutschland zurück, um 1954 eine Stelle als Abteilungsschwester im Nervenkrankenhaus Wasserburg einzunehmen (vgl. Urteilsbegründung, 1965, S. 4 f.).⁴⁷

Anna Gastler, geboren am 28.11.1897 in Charlottenhof, war eines von drei Kindern, deren Eltern ein landwirtschaftliches Anwesen besaßen. Bis zu ihrem 14. Lebensjahr besuchte sie die Volksschule, in der sie ohne besondere Schwierigkeiten dem Unterricht folgen konnte. Nach Beendigung der kaufmännischen Lehre war sie bis 1926 Verkäuferin für Eisen und

⁴⁷ Angaben, welche aus der Urteilsbegründung von 1965 entnommen wurden, werden im Literaturverzeichnis unter dem namentlich benannten Justizsekretär Rother aufgeführt.

Porzellan. Daran anschließend begann sie eine zweijährige Ausbildung als Lernschwester in der Heil- und Pflegeanstalt Treptow an der Rega, in der sie nach Abschluss zehn Jahre auf der ‚Siechenabteilung‘ (Ewert et al., 2001, S. 51) tätig war. Auch Gastler wurde 1941 im Zuge der Schließung nach Obrawalde versetzt und als Nebenpflegerin eingesetzt. Dieser Positionswechsel schien nicht in ihrem Sinne zu sein (vgl. ebd.). Zu diesem Zeitpunkt war sie bereits seit 1935 Parteimitglied. Mit dem Jahreswechsel 1943/44 war Gastler als Nebenpflegerin im Haus 6 tätig, und ebenso wie Erdmann an den Tötungen beteiligt. Ab 1944 versah sie ihren Dienst in einer Kinderstation. Mit Einmarsch der sowjetischen Truppen floh sie nach Ostfriesland und bekleidete dort eine Stelle als Pflegerin im städtischen Krankenhaus Leer. Seit 1950 litt sie an einer Angina pectoris und schied daraufhin, Invalidenrente erhaltend, aus dem Berufsleben aus (vgl. Urteilsbegründung, 1965, S. 5 f.).

4.3.1 Darstellung einer diskursanalytischen Auseinandersetzung mittels der Zeugenaussagen von Luise Erdmann und Anna Gastler

Die folgende Betrachtung aus diskursanalytischem Blickwinkel bezieht Material aus der zum Prozess vorbereitenden Vernehmungsniederschrift⁴⁸ des Bayrischen Landeskriminalamtes der Städte Wasserburg und Bad Reichenhall aus dem Jahr 1961 ein.

Entsprechend der Manier einer Niederschrift ergibt sich das Fehlen von Verzögerungslauten sowie der Darstellung von Sprechpausen zur gedanklichen Sortierung. Für die verständige Lesbarkeit wurde die Alltagssprache der zu Vernehmenden in angepasster Textoberfläche wiedergegeben. Zu vermuten ist an dieser Stelle, dass dabei individuelle alltagssprachliche Elemente korrigiert wurden, während das nationalsozialistisch geprägte Vokabular wie „vollkommen verblödet“ (Vns. I, Erdmann, S. 14) beibehalten wurde. Neben der Nutzung diffamierender Begrifflichkeiten lässt sich ebenfalls ein Menschenbild im Sinne einer nationalsozialistischen Fürsorgevorstellung erkennen. Das Handeln im Sinne dieser rechtfertigte Erdmann mit dem Erlösungsgedanken innerhalb der ‚Euthanasie‘. Zur allgemeinen Charakterisierung des Textes ist zu sagen, dass die durch die Vernehmungssituation hervorgerufenen gezielten Fragestellungen, eine Häufung bestimmter Themen mit sich bringen. Darunter sind beispielsweise die Darstellung hierarchischer und sozialer Strukturen unter den Angehörigen der Anstalt zu fassen sowie ausgeführte Tätigkeitsbeschreibungen, insbesondere Beschreibungen des Tötungsvorganges. Zudem werden Aussagen zum mitwirkenden Personal getätigt. Die Feinanalyse hinsichtlich des Kontextes ist aufgrund der vorhergehenden Eingrenzung innerhalb der Kapitel bereits hinlänglich erschlossen. Die vorgenommene Kategorisierung basiert ausschließlich auf der inhaltlichen Form; auffällig sind dabei verschiedene wiederkehrende Merkmale, wie die von sich weisende Identifikation mit dem ‚Täterinnen‘-Dasein (Kompisch, 2008, S. 7).

Der Zugang zu den entsprechenden Materialien wurde ausnahmslos in den Räumlichkeiten der Bibliothek Medical Humanities Berlin gewährt, zur Verfügung gestellt durch Dr. Thomas Beddies. Die Vernehmungen beider Pflegerinnen umfassen zum einen Passagen narrativer Art zum anderen werden Frage-/Antwort-Konstellationen wiedergegeben. Die Gliederung der Textoberfläche erfolgt in zwei Abschnitte:

Abschnitt Eins beinhaltet Angaben zur Person, Abschnitt Zwei enthält Angaben zur Sache. Den Angeklagten wurde die Möglichkeit eventueller Korrekturen zu ihren Aussagen eingeräumt. Die getätigten Aussagen wurden abschließend mit der jeweiligen Signatur der Pflegerinnen als gelesen und genehmigt anerkannt.

48 Die Vernehmungen der beiden angeklagten Krankenschwestern fanden jeweils an zwei unterschiedlichen Tagen statt. In der Belegkennzeichnung wird im fortlaufenden Text zur Unterscheidung der Vernehmungstage daher in Vns. I und Vns. II unterschieden.

Um das weitere Vorgehen nachvollziehbar zu machen, wird der Arbeitsprozess in knapper Form skizziert. Zunächst wurde das Material zu Erdmann nach der entsprechenden Kategorisierung gesichtet. Anschließend wurde für den Textkorpus der Vernehmungsniederschrift von Gastler diese rekursive Durchsicht absolviert. Die zitierten Befunde für den Erdmann-Diskurs wurden dabei nicht einfach als Analysekategorien für die Auswertung des Gastler-Diskurses übertragen, sondern vielmehr sollen die beiderseitigen Besonderheiten zur Geltung kommen. Erst durch die unabhängige Betrachtung der Kategorien, kann eine Heranführung an widersprüchlichdichotome Ergebnisse gewährleistet werden. Einzelne Zitate können daher für verschiedene Kategorien inhomogen gültig sein.

Betont werden soll an dieser Stelle, dass die angewandte Methodik lediglich nach diskursanalytischen Grundsätzen erfolgt, da der zur Verfügung stehende Zeitraum für eine umfassende Analyse im Rahmen der Bachelorarbeit nicht ausreichend ist.

Kategorienbaum und Begründung der ausgewählten Kategorien

Der in Abbildung 4 dargestellte Kategorienbaum fungiert im Folgenden als Veranschaulichung der vorliegenden analytischen Betrachtung. Nach erster Sichtung der Textoberfläche konnten drei Kategorien exponiert werden. Die Argumentationsmuster Mitleid, Hierarchie und Gewissenskonflikte zeigten dabei eine wiederkehrende Regelmäßigkeit in den Aussagen der Krankenschwestern auf. Die Autoren gelangen so zu der These, dass alle getätigten Aussagen der Entlastung oder Apologetik dienlich waren. Die Suprakategorie wird demnach als Selbstschutz betitelt, auf die alle Subkategorien und die damit verbundenen Argumentationsmuster zurückzuführen sind.

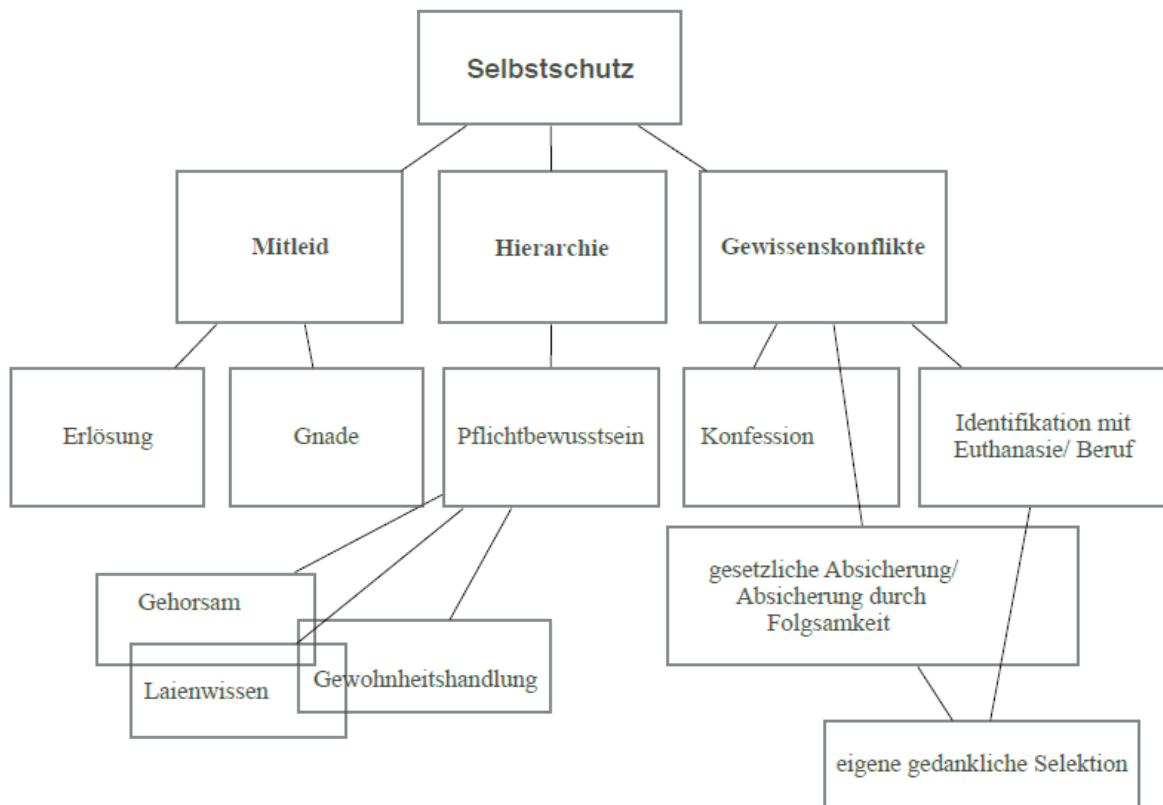


Abbildung 4: Kategorienbaum

Mitleid als Subkategorie von Selbstschutz

Etymologisch betrachtet hat das Wort Mitleid ein Tätigkeitsmoment im Sinne des Teilens von Leid. Es beschreibt also ein helfendes Tätigsein durch das man mit jemanden mit leidet. Im 19. Jahrhundert lässt sich ein Paradigmenwechsel der Begrifflichkeit feststellen, das Hauptwort Mitleid stellt ab nun eine Gefühlslage dar, die durch das Leiden anderer hervorgerufen wird. Es wird demnach eigenes Leid durch das Leid anderer Menschen hervorgerufen. Eine Tat durch das hervorgerufene Gefühl ist daher keine notwendige Folge, vielmehr wünscht man sich das Ende des eigenen unerträglichen Leids durch die Beendigung des Leids des anderen Menschen (vgl. Dörner, 2007, S. 167).

In diesem Zusammenhang lässt sich auch das Wort Erlösung anführen. Der Ausdruck Erlösung kann hierbei genau auf zwei Ebenen des Mitleids verstanden werden. Zum einen kann es um die Erlösung des real Leidenden gehen, zum anderen lässt sich ebenfalls das eigene Leid durch den Anblick des real Leidenden beschreiben.

Luise Erdmann äußert sich an drei Stellen zu Erlösung, beide Ebenen lassen sich hierbei herausarbeiten.

„Auf Frage sage ich, daß mir durch das Verhalten der Ärztin Dr. Wernicke klar geworden war, daß unheilbar Kranke durch die Veronalgabe oder andere Mittel erlöst werden sollten.“ (Vns I, Erdmann, S. 5)

Im ersten Zitat beschreibt Erdmann den Moment, in dem ihr bewusst wird, dass es sich bei den Anordnungen der Ärztin um gezielte Tötungen handelt. Erdmann beschreibt den Tötungsvorgang der „unheilbar Kranke[n, d. Verf.]“ allerdings mit dem Verb ‚erlösen‘.

Auch wenn Erdmann den konkreten Tötungsvorgang an sich noch nicht wertet, zeigt sich in dieser Aussage bereits zu Beginn der Vernehmungsniederschrift ihre Einstellung zur ‚Euthanasie‘. Das Verb ‚erlösen‘ stellt an dieser Stelle eine euphemistische Verharmlosung des Krankenmordes dar. Erdmann muss durch den Gebrauch des Wortes von einem Leiden des Opfers ausgehen, von dem es ‚erlöst‘ wird. Man kann also von einer Verklärung der Tötung sprechen, der Mord wird zu einer Wohltat. Betrachtet man dazu die Zuschreibung ‚unheilbar‘, wird der Mord nicht nur verharmlost, vielmehr findet zusätzlich eine Rechtfertigung für diesen statt. Erdmann betitelt die Opfer als ‚unheilbar‘. Dies impliziert in Verbindung mit dem Wort ‚erlösen‘ eine folgerichtige Eindimensionalität im Umgang mit den erkrankten Menschen. Die Tötung beruht also auf der ‚unheilbaren‘ Situation der Betroffenen und ist eine ‚Erlösung‘.

Ob Erdmann die Tötung als ‚Erlösung‘ für die Opfer oder die ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7) meint, kann in diesem Zitat noch nicht bestimmt werden. Im folgenden Zitat erläutert Erdmann ihre Einstellung zur ‚Euthanasie‘ und argumentiert erneut mit dem Verb ‚erlösen‘.

„Meine Einstellung zur Euthanasie war die, sollte ich selbst unheilbar krank werden, wobei ich keinen Unterschied zwischen Geisteskrankheit und sonstiger mache, würde ich es als Erlösung empfinden, wenn ein Arzt oder auf ärztliche Verordnung eine andere Person mir eine Gabe verabreichen würde, die mich von allem erlöst.“ (Vns I, Erdmann, S. 5)

Herausgestellt werden kann zuerst einmal, dass Erdmann durch die Projektion ihrer selbst in die Situation der Opfer versucht, ihre Taten zu relativieren. Sie versucht zu beweisen, dass sie sich im moralischen Recht befindet, sobald sie ihre Taten für sich selbst einfordert. Ob bewusst oder unbewusst lässt sich hier durch Erdmann eine zynische Umsetzung der Bergpredigt feststellen, in der Jesus „Alles, was ihr also von anderen erwartet, das tut auch ihnen!“ (Matthäus 7,12) fordert. Die Verbindung zum christlichen Glauben lässt sich in diesem Zitat auch an einer zweiten Stelle herstellen.

Das Verb ‚erlösen‘ ergibt theologisch-nominalisiert Erlösung und kann als ein zentraler Begriff im neuen Testament gesehen werden. So heißt es in Apostel Paulus Brief an die Kolosser in Bezug auf den Kreuztod Jesu: „In diesem haben wir die Erlösung, nämlich die Vergebung der Sünden“ (Kolosser 1,14). Interpretativ begibt sich Erdmann somit in eine gottesähnliche Position indem sie die Patienten und Patientinnen von ihren Sünden ‚erlöst‘, die sich im ‚Lebensunwert‘ für die ‚Volksgemeinschaft‘ begründen. Der Tötungsvorgang wird aus ihrer Perspektive also zu einer aus Mitleid getriebenen ‚Erlösung‘.

Deutlich wird die Verklärung von Mord im Sinne einer Wohltat im folgenden Zitat.

„Es ist mir in jedem Fall klar gewesen, daß ein Mensch getötet wurde, aber ich sah diese Tötung nicht als einen Mord, sondern eine Erlösung an.“ (Vns II, Erdmann, S. 22)

Erdmann zeigt in diesem Zitat, dass sie die Tötungen nicht als Unrecht ansieht, vielmehr stilisiert sie sich zu einer Wohltäterin. Sie verneint die Tötungen als Mord anzusehen, stattdessen wird erneut das Wort ‚Erlösung‘ gebraucht. Das Bild einer aus christlich-moralischen Idealen handelnden Krankenschwester soll aufrecht erhalten bleiben. An einer anderen Stelle in der Vernehmungsniederschrift antwortet Erdmann auf die Frage, welcher Konfession sie angehöre, dass sie damals und „[...] noch heute ununterbrochen Angehöriger des ev. Glaubens [...]“ ist (Vns II, Erdmann, S. 21). Die Frage, ob Erdmann wirklich die Opfer durch ihre Tötungen als ‚erlöst‘ (ebd., Erdmann, S. 5) meint oder ob sich Erdmann nicht andererseits von den Opfern ‚erlöst‘ glaubt, lässt sich exemplarisch an einer weiteren Aussage beantworten, in der Erdmann erläutert an welcher Stelle sie Euthanasie für gerechtfertigt hält.

„Ferner hielt ich die Euthanasie für gerechtfertigt bei solchen Patienten, wo sich die Krankheit in ihrem Endstadium befand. Ich meine damit Patienten, die vollkommen verblödet waren, ihren Kot aßen oder ähnliches anstellten und somit ständig bewacht werden mußten.“ (Vns I, Erdmann, S. 14)

Wichtig ist in diesem Zitat vor allem das Ende. Im letzten Zitatteil wird den Lesern die eigentliche Intention der Erlösung verdeutlicht. Erdmann spricht nicht aus der Perspektive der Opfer, sondern hält die Tötungen für gerechtfertigt, weil ihrer Meinung nach durch die Situation der Patienten und Patientinnen ein Mehraufwand entsteht. Sie muss die Patienten und Patientinnen ständig bewachen, sie leidet also unter dieser Situation. Die ‚Erlösung‘ (Vns. II, Erdmann, S. 22), die Erdmann meint, kann also auch als Erleichterung für ihre Person gesehen werden.

Zu Erdmann kann abschließend gesagt werden, dass sich in dieser Kategorie drei Erklärungsmuster zum Selbstschutz dartun. Zum einen wird der Krankenmord durch ihre Wortwahl verharmlost, indem sie ihr Handeln als ‚Erlösung‘ (ebd.), einen Akt der Nächstenliebe, darstellt. Ferner relativiert sie ihre Taten mit dem von den Autoren gedeuteten Bezug zur Bergpredigt und rechtfertigt das Töten mit ihrem eigenen Leid und der damit einhergehenden ‚Erlösung‘ (ebd.) für ihre Person.

Anna Gastler nutzt das Motiv Mitleid selten als Selbstschutz in den Vernehmungsniederschriften.

In einem Zitat lässt es sich allerdings feststellen.

„Andererseits habe ich im Laufe meiner Tätigkeit besonders auf den Siechenstationen furchtbares Elend gesehen und die einzelnen Krankheitszustände bis zum Endstadium kennengelernt. Aus dieser Kenntnis heraus habe ich es in den schwersten Fällen für eine Gnade und Erleichterung angesehen, wenn Tötungen vorgenommen wurden.“ (Vns. I, Gastler, S. 6)

Gastler spricht in diesem Zitat aus ihrer eigenen Perspektive, sie bewertet im ersten Teil des Zitates die beobachteten Krankheitszustände als „furchtbares Elend“. Eine Auseinandersetzung mit der Patientinnenperspektive findet nicht statt. Stattdessen wird der Krankenmord im zweiten Teil gerechtfertigt und als ‚Erleichterung‘ angesehen.

Besondere Beachtung muss dem Wort ‚Gnade‘ geschenkt werden. Der Duden (Duden.de, 2015, Suchwort: Gnade) schlägt zwei Bedeutungen vor, auf die im folgenden genauer eingegangen werden soll. Gnade bedeutet demzufolge:

1. „Gunst eines sozial, gesellschaftlich o. ä. Höherrangigen gegenüber einem sozial, gesellschaftlich o. ä. auf niedrigerem Rang Stehenden“
2. „(Religion) verzeihende Güte Gottes“.

Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten erneut das vorliegende Zitat, lässt sich keine der beiden Definitionen für Gastler ausschließen. Gastler fühlt sich zum einen den Patienten und Patientinnen überlegen, indem sie Krankheitszustände als „furchtbares Elend“ bezeichnet. Darüber hinaus werden Patienten und Patientinnen in „schwerste[n] Fälle[n]“ kategorisiert und damit eine Deutungshoheit über Leid beansprucht.

Ideologisch gesehen kann dies auch als Verinnerlichung der nationalsozialistischen Einteilung der Bevölkerung verstanden werden. Die Opfer werden als ‚minderwertig‘ angesehen, wodurch sich Gastler gesellschaftlich höherrangig fühlen kann. Die zweite Definition beschreibt den religiösen Ursprung des Wortes Gnade. Im Buch der Psalmen heißt es: „Herr, erzeuge uns deine Gnade und hilf uns!“ (Buch der Psalmen 85,3).

Gastler nimmt diese Rolle an und erzeigt den Opfern Gnade. Die Tötung wird also zu einem religiös-christlichen Moment glorifiziert.

Bei Gastler lassen sich somit zwei Erklärungsmuster konstatieren. Zum einen wird der Tötungsvorgang als ‚Erleichterung‘ um des Leids gesehen. Wobei abschließend nicht geklärt werden kann, ob sie wirklich die ‚Erleichterung‘ für die Betroffenen meint oder ob sie nicht vielmehr selbst eine ‚Erleichterung‘ durch den Krankenmord erfährt. Auf der anderen Seite lässt sich in der Aussage von Gastler eine Schutzbehauptung feststellen, die durch das Wort ‚Gnade‘ eine christliche Wertung erhält.

Stellt man nun die Diskussionsstränge der beiden Krankenschwestern in Beziehung zueinander, lässt sich neben der Relativierung und der Verharmlosung der Taten durch scheinbares Mitleid eine Verbindung zu den genannten christlichen Erklärungsmustern ziehen. Jeweils ein Wort lässt sich Erdmann und Gastler zuordnen. ‚Erlösung‘ (Vns. II, Erdmann, S. 22) bei Erdmann und ‚Gnade‘ (Vns. I, Gastler, S. 6) bei Gastler zeigen dabei auch in der Bibel eine Verbindung und sind im neutestamentarischen Sinne zwei zentrale Begriffe der christlichen Theologie. Interessant ist, dass beide Krankenschwestern unabhängig voneinander diese christlich konnotierten Begriffe nutzen.

Beide Begriffe werden dabei im Christentum im Sinne von gutartig und barmherzig verstanden, so wird Gott in Epheser 1,7 für seine Gnade der Erlösung von Jesus Christus

gelobpreist: „In ihm haben wir die Erlösung durch sein Blut, die Vergebung der Sünden, nach dem Reichtum seiner Gnade.“ (Eph. 1,7). Beide ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7) sehen sich somit in der Rolle der barmherzig Handelnden bzw. versuchen sie, dieses Selbstbild zu zeichnen.

Man kann an dieser Stelle soweit gehen zu sagen, dass Mord als Antithese christlicher Nächstenliebe ins Gegenteil idealisiert wird. Eine in diesem Zusammenhang als unbelastet geltende Ideologie, also der christliche Glaube, wird als Handlungsantrieb missbraucht. Klee bezeichnet in diesem Zusammenhang die Schutzbehauptung Menschen ‚erlöst‘ (Vns. I, Erdmann, S. 5) zu haben als die „Nr. 1-Lüge der Täter“ (Klee, 2010, S. 17).

Hierarchie als Subkategorie von Selbstschutz

Die zweite Subkategorie soll ebenfalls mithilfe der diskursanalytischen Perspektive ausgewertet werden und hierarchische Strukturen innerhalb der Anstalt aufzeigen. Dabei sollen über- und untergeordnete Personen anhand der Zitate kenntlich gemacht werden.

Außerdem sollen sich vermutete Autoritäten genauer bestimmen lassen, um den Lesern eine Vorstellung zu vermitteln, wer die todbringenden Befehle angeordnet hat.

Die Betrachtung des Aspektes Pflichtbewusstsein erscheint notwendig, um festzustellen, ob den befehlsausführenden Schwestern eine verpflichtende Beteiligung an den Morden auferlegt wurde oder ob sie es vielmehr als persönliche Pflicht verstanden hatten, sich an der Tötung tausender psychisch Kranker zu beteiligen.

Aus dieser Subkategorie leiten sich die drei Analysestränge Gehorsam, Laienwissen und Gewohnheitshandlung ab, mit deren Verwendung die geäußerten Beweggründe der

Schwestern noch differenzierter beurteilt werden sollen. Demnach soll eine Zusammenfassung aller genannten Punkte eine Aussage zur Mündigkeit der beiden ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7) zulassen.

Luise Erdmanns Verständnis von Pflichtbewusstsein und Pflichterfüllung zeigt sich erstmals anhand folgender Aussage:

„Als die Oberpflegerin Grunau im Sommer 1943 auf Anforderung nach Stettin versetzt wurde, ergab sich die Gelegenheit, mich abzuschieben. Ich mußte die Stelle von Grunau übernehmen. Ohne deswegen befördert zu werden, hatte ich nun das Aufgabengebiet einer Oberpflegerin. [...] In diesem Bereich war nur Dr. Mootz zuständig.“ (Vns. I, Erdmann, S. 8)

Aus der von Erdmann benutzten Formulierung ‚abzuschieben‘ geht hervor, dass sie mit dem Wechsel ihrer Arbeitsstelle zu Beginn sehr unzufrieden war. Zur Erklärung für die Lesenden ist hier zu sagen, dass Erdmann seit ihrer Versetzung aus der Anstalt Treptow an der Rega Abteilungspflegerin im unruhigen Haus unter der Leitung von Fr. Dr. Wernicke war und in diesem besagten Sommer 1943 zur Oberpflegerin für Haus 6 unter der Aufsicht von Hr. Dr. Mootz ernannt wurde (siehe dazu 4.3 Lebenslauf Luise Erdmann). Auch lässt der von ihr verwendete Wortlaut „Ich mußte [...]“ einen äußeren Zwang vermuten, der jedoch von ihr

selbst nicht näher benannt wird. Zwei weitere mit Erdmann angeklagte Schwestern zeichneten anhand ihrer Aussagen diesbezüglich ein anderes Bild, welches im Folgenden noch näher erläutert wird. Trotzdem kann Erdmann anhand des Zitates ein gewisses Pflichtbewusstsein unterstellt werden, da sie die neue Stelle, wenn auch widerwillig, annahm. Im Verlauf der Vernehmung betont sie außerdem noch einmal, dass die neue Stelle ihr keine Vergünstigungen brachte, womöglich um dem Gericht zu verdeutlichen, dass sie nicht aus Gier oder persönlichem Vorteil heraus gehandelt hat (vgl. Vns. II, Erdmann, S. 20).

Eine zur Versetzung von Erdmann (Vns. II, S. 2) getätigte Aussage des Richters wirft jedoch ein völlig anderes Licht auf die beschriebene Situation. An der genannten Textstelle findet sich folgender Wortlaut:

„Wieczorek hat dem Untersuchungsrichter gegenüber (Bl. 37) folgendes angegeben: ‚Im Jahre 1942 oder Anfang 1943 wurde noch eine Oberpflegerin gesucht. Die Oberpflegerin Jeschke fragte mich, ob ich den Posten übernehmen wollte, aber ich müßte dann alles tun. Da habe ich mich geweigert und da bekam Frl. Erdmann die Stelle als Oberpflegerin.‘“ (Vns. II, Erdmann, S. 2)

Mit dieser Aussage belastete Wieczorek Schwester Erdmann schwer, denn hier stellt sich der Sachverhalt völlig anders dar, als ihn Erdmann selbst in ihrer Vernehmung reproduziert hat. Ohne Zweifel kann diese Arbeit es nicht leisten, diese Unstimmigkeiten in den Aussagen der einzelnen Angeklagten aufzuheben, trotzdem erschien es für den Gesamtkontext sinnvoll, auch widersprüchliche Aussagen aufzuzeigen.

Fakt ist, dass die von Wieczorek gemachten Angaben Erdmann als eine andere Person darstellen, als es ihre eigenen Aussagen tun. Das obenstehende Zitat zeigt Erdmann als Opfer äußerer Umstände, während die Darstellung ihrer früheren Kollegin sie als bereitwillige Mörderin identifiziert.

Dass Wieczorek mit ihren Angaben womöglich Recht hatte, verdichtet ein Hinweis, der sich bei Gastlers Vernehmungsniederschrift findet. Dort heißt es:

„Ich bin der Ansicht, daß Erdmann nur deshalb Oberpflegerin wurde, weil sie sich bereit gezeigt hatte, im Rahmen der Tötungsaktion mitzuwirken.“ (Vns. I, Gastler, S. 4) Anhand des Gesagten, lässt sich also durchaus vermuten, dass Erdmann von ihren Vorgesetzten als zuverlässige Kollegin in Bezug auf die Krankenmorde wahrgenommen wurde. Womöglich signalisierte ihr Handeln diesbezüglich Sicherheit und Pflichtbewusstsein, womit sich auch die Beförderung zur Oberpflegerin im Rahmen ihrer Versetzung erklären ließe.

Gehorsam als erster Unterpunkt soll untersuchen, ob die beiden zur Analyse gewählten Schwestern sich uneingeschränkt einem fremden Willen unterworfen und demzufolge in blindem Gehorsam agiert haben. Gleichwohl sollen so auch mögliche von ihnen geäußerte Weigerungen in Bezug auf die Tötungen ersichtlich werden.

Eine erste wichtige Aussage, die den Gehorsam von Erdmann in den Blick nimmt, lautet wie folgt:

„[...] hielt Dr. Wernicke wieder Visite. An dem Krankenbett einer Schizophrenen- die Frau dürfte zwischen 45 und 50 Jahre alt gewesen sein und sie war sehr kompakt- gab sie über Fräulein Ratajczak [sic], die meine Vorgesetzte war, mir die Weisung, der Patientin etwa fünf Gramm Veronal zu verabreichen. Nachdem Dr. Wernicke gegangen war, wurde das Veronal aus dem Schrank geholt. Ich kann heute nicht mehr genau sagen, ob dies durch Ratajczak oder durch mich geschah. Jedenfalls wurde das Veronal in einem Becher mit Wasser aufgelöst. Da Ratajczak überzeugt war, daß ich nicht recht spurte, gab sie selbst der Patientin das im Wasser aufgelöste Veronal ein.“ (Vns. I, S. 5 f.)

Diese ausführliche Situationsbeschreibung einer Visite von Fr. Dr. Wernicke enthält zahlreiche Informationen, die etwas zur Hierarchie innerhalb der Anstalt preisgeben. Als erstes fällt auf, dass die Ärztin die Tötungsanordnung nicht direkt an Erdmann stellt, sondern diese über eine dritte Person ausrichten lässt. Die Gründe für dieses Vorgehen können nur erahnt werden, möglicherweise implizierte Dr. Wernicke Erdmann eine andere Wertigkeit, hielt eine Kommunikation innerhalb der hierarchischen Struktur nach unten also nicht für nötig. Aus dem Wissen heraus, dass Erdmann und Ratajczak an einer Vielzahl von Tötungen gemeinsam mitgewirkt haben, kann das Gesagte auch als Aufforderung an beide Schwestern zur gemeinsamen Tötung verstanden werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass alle beschriebenen Visiten mit Dr. Wernicke scheinbar ähnlich abliefen. Sie als ärztliche Autorität gab die Anordnungen, verabreichte aber selbst keine Medikamente. So entsteht zum einen der Eindruck, dass sie an dem eigentlichen mörderischen Geschehen nicht beteiligt sein wollte, zum anderen hätte eine mögliche Mithilfe an den Morden auf die Patientinnen und Patienten abschreckend wirken können. Mit einer direkten Beteiligung an den ‚Euthanasie‘-Verbrechen hätte sie also riskiert, das Vertrauen ihrer Patientinnen zu verlieren.

Demnach oblagen alle Ermordungen den Schwestern der Station, die in ihrer unbedingten Pflichterfüllung den ärztlichen Befehlen entsprachen. Somit findet sich an dieser Stelle erstmalig ein Erklärungsmoment für Erdmanns Strategie zum Selbstschutz.

Indem sie die Anordnungen fraglos und unkritisch befolgt, bewahrt sie sich selbst vor einer innerlichen Auseinandersetzung mit ihrem mörderischen Handeln.

Die Beschreibungen von Erdmann bezüglich der eigentlichen Tötungen weisen gehäuft ein gleichartiges Reaktionsmuster auf. Während ihrer gesamten Vernehmung ist auffällig, dass sie sehr detaillierte Erinnerungen über Abläufe, Strukturen und andere beteiligte Kollegen hat (vgl. Vns. II, Erdmann, S. 2-23), wenn es jedoch um die konkrete Tötungssituation geht, erscheint sie verunsichert und es ist ihr nicht möglich eindeutig zu sagen, welche Schwestern diverse Handlungen übernommen haben.

Besonders die Textstelle „Jedenfalls wurde das Veronal in einem Becher mit Wasser aufgelöst.“ stellt Erdmann wie eine Zuschauerin dar, nicht wie eine aktiv Handelnde.

Das lässt als Schlussfolgerung zu, dass sie sich selbst in ihren Beschreibungen der Tötungen nicht als handelnde ‚Täterin‘ wahrnimmt oder sehr bewusst die Verantwortung, die Schuld, nicht auf sich nimmt.

Um weitere Aussagen über die anstaltsinterne Hierarchie treffen zu können, sollte auch der letzte Satz des aufgeführten Zitates Berücksichtigung finden. Hier deuten sich kollegiale Schwierigkeiten zwischen Ratajczak und Erdmann an, die in anderen Teilen der Vernehmung von ihr bestätigt werden (vgl. Vns. II, Erdmann, S. 10). Die Beteiligung von Erdmann an den Krankenmorden, lässt sich also auch auf das Bedrängen von einer anderen Kollegin zurückführen. Da Erdmann Ratajczak unterstellt war, dürfte es nicht in ihrem Interesse gewesen sein, die Diskrepanzen mit ihrer Vorgesetzten fortzuführen.

Nachfolgend wird eine Textpassage aufgeführt, die sich mit dem ‚Euthanasie‘-Geschehen nach der Versetzung in Haus 6 beschäftigt:

„Die jeweiligen Anordnungen traf Dr. Mootz. Am Tage zuvor verlangte er von mir die Krankengeschichten von bestimmten Patienten, die er mir jeweils nannte. Die Akten mußte ich herausuchen und sie Dr. Mootz so rechtzeitig zur Verfügung stellen, daß er sie vor der Visite am nächsten Tage eingesehen haben konnte. [...] Dr. Mootz trat an die Krankenbetten heran und schaute sich die Patienten an. Dabei hat er sie nicht untersucht. [...] Seine Anordnung hatte ungefähr folgenden Wortlaut: ‚Fräulein Erdmann, nehmen wir ungefähr fünf Gramm Luminal‘. [...] Bei der Visite hatte ich immer einen Block bei mir, um aufzuschreiben, welche Mittel und welche Dosen der einzelne Patient erhalten sollte.“ (Vns. I, Erdmann, S. 10)

Die gemachten Angaben deuten auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden hin. Trotzdem wird auch hier die zeitgemäße Rollenverteilung untermauert.

Die Autorität der Ärzteschaft, zumeist Männer, bleibt unangefochten. Demgegenüber steht die untergeordnete Rolle der Frau in der Gesellschaft, die die pflegerischen Tätigkeitsbereiche übernahm. Unterwürfigkeit, Askese und Demut als maßgebliche Kriterien, insbesondere bei pflegerischen Aufgaben, galten im NS-Staat als unabdingbar (siehe dazu Kapitel 3). Der Umstand, dass Erdmann immer einen Block bei sich trug und die Akten für Dr. Mootz rauslegte, erzeugt den Eindruck einer Schüler-/Lehrer-Beziehung. Sie scheint ihm in allen Belangen informationspflichtig, während er die todbringenden Entscheidungen trifft.

Ferner lässt sich eine destruktive Veränderung, verglichen mit der Weimarer Republik angesichts der Behandlung der Kranken, bestimmen. Im Zitat wird deutlich, dass es sich bei der Visite nur noch um eine scheinbare Therapie handelte, tatsächlich wurde der Patient nur als Objekt betrachtet und auf seine Arbeitsfähigkeit hin bewertet. Diese galt im NS-Regime als Maßstab für „lebenswertes- bzw. unwertes Leben“ (siehe dazu auch Kapitel 4 und 4.1). Ungeachtet der mangelnden Begutachtung der Patienten seitens Dr. Mootz schien Erdmann seine Anordnung als Rechtfertigung genug, die übertragenen Aufgaben auszuführen, denn sie äußerte in der Vernehmung keine Bedenken über das Vorgehen von Dr. Mootz.

Trotz Erdmanns Unterwürfigkeit, die sich in der unreflektierten Ausführung der ärztlichen Befehle manifestiert, lassen sich zum Teil auch Bedenken ihrerseits ausmachen, die sie Dr. Mootz mitteilte:

„In den Fällen, wo ich die Tötung für nicht gerechtfertigt hielt, habe ich anfangs Dr. Mootz meine Ansicht dargetan. Dr. Mootz ließ sich durch mich nicht beeinflussen. Da Dr. Mootz auf seine Anordnung bestand, blieb mir nichts anderes übrig, als die Anweisung auszuführen.“ (Vns. I, Erdmann, S. 15)

Die Darstellung zeigt sehr deutlich, dass eine Anordnung bei Erdmann stärker gewirkt hat als das eigene Gewissen. Dass sie durchaus differenziert hat, bei welchen Patienten die Tötung angemessen war, bestätigt der erste Satz. Weitere Ausführungen diesbezüglich werden in den Belegen zur eigenen gedanklichen Selektion hervorgebracht.

Trotz dieser Einteilung in gerechtfertigte und nicht-gerechtfertigte Fälle, kann davon ausgegangen werden, dass sich das zeitgenössische ideologische Gedankengut bereits bei ihr gefestigt hatte. Gestützt wird diese Annahme durch ihre Aussagen zu einem Patientenkollekt, welches in ihren Augen als ‚lebensunwert‘ zu benennen war, da es verschiedene körperliche Abbauprozesse aufwies. Eine Reflexion, wie die Erkrankten selber ihre Situation und ihre Lebensqualität einschätzten, fand und findet auch in der Vernehmung nicht statt. Zusammenfassend verdeutlicht das Zitat eine von ihr getroffene, womöglich auch unbewusste, Entscheidung sich an der Selektion dieser Einrichtung zu beteiligen.

Abermals angesprochen auf das Dienstverhältnis zwischen Ratajczak und ihr äußerte Erdmann Folgendes:

„Ratajczak erwartete von mir, daß ich die Tötungen und alles, was damit zusammenhing, zusammen mit den mir unterstellten Schwestern ausführte, so daß sie nur die jeweiligen Anordnungen zu treffen hätte. Sie wollte also kraß ausgedrückt alles auf mich abschieben. [...] Wie bereits in dieser und in der ersten Vernehmung zum Ausdruck gebracht, war das Verhältnis zwischen Ratajczak und mir ausgesprochen kühl.“ (Vns. II, S. 10)

Erschreckend erscheint die fehlende Emotionalität in dieser Äußerung von Erdmann.

Die Tötungen wurden von ihr als lästige Aufgabe beschrieben, die keiner Empfindung bedürfen. Stattdessen erkennt sie mit der Darstellung über die Ungereimtheiten zwischen Ratajczak und ihr das Unrecht ihrer Handlungen an. Etwas ‚abschieben‘, vergleichbar mit etwas von sich stoßen, ist nur notwendig, wenn es sich um etwas Unangenehmes oder Lästiges handelt. Während sie also in den weiter oben getätigten Aussagen noch versucht hat ihre direkte Beteiligung an den Tötungshandlungen auszublenden, trat hier hervor, dass sie sehr wohl als Hauptakteurin bei den Morden selber, sowie der Organisation des Geschehens involviert war. Außerdem ermöglicht dieses Zitat dem Leser eine Vorstellung von der Beziehung zwischen Erdmann und Ratajczak. Zwar wollte Erdmann eine offene Feindschaft mit ihrer Vorgesetzten scheinbar vermeiden, trotzdem ist hier eine Form von Weigerung enthalten, die bei ihrem Kontakt mit dem ärztlichen Personal nicht erkennbar war.

Eine weitere Perspektive hinsichtlich der Subkategorie Hierarchie eröffnet die Betrachtung des Aspektes Laienwissen. Dass die Schwestern im untersuchten Zeitabschnitt eine wenig fundierte pflegerische Ausbildung erhielten, wurde bereits im zweiten und dritten Kapitel hinreichend beschrieben. Diese geringen Wissensbestände dienten den Schwestern in den Vernehmungen auch als Entschuldigung für ihr unbedachtes Handeln.

„Ich war nämlich der Überzeugung, daß die Tötung bei einer Patientin nicht gerechtfertigt war, während es bei einer anderen der Fall war. [...] Bei den zehn Tötungen, wo ich zugegen war, waren meiner Ansicht nach etwa vier bis fünf Tötungen nicht gerechtfertigt. Hierbei möchte ich jedoch die Einschränkung machen, daß meine Beurteilungen laienmäßig sind.“ [...] (Vns. I, Erdmann, S. 7)

Der erste Teil der Aussage enthält erneut Anhaltspunkte zu Erdmanns innerer gedanklicher Selektion, die an anderer Stelle betrachtet wird. Generell lässt sich jedoch ein eindeutiges Vorgehen bei ihrer Argumentation erkennen. Erdmann spricht einer Vielzahl ihrer Patientinnen das Recht auf Existenz ab, um so ihre Tötungshandlungen vor anderen und womöglich auch vor sich selbst zu rechtfertigen. Der für diesen Unterpunkt entscheidende letzte Satz bringt außerdem noch eine weitere Perspektive hervor. Er stellt Erdmann als unwissende und abhängig handelnde Person dar, die sich in medizinischen Kontexten nicht auskennt. Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, war die Pflegeausbildung während der NS-Zeit durchaus nicht mit übermäßigem anatomischen Unterricht durchsetzt, trotzdem sei an dieser Stelle ein Einwand erlaubt.

Bei genauerer Betrachtung von Erdmanns Lebenslauf kann davon ausgegangen werden, dass sie als jahrelange Pflegekraft durchaus einen größeren Erfahrungsschatz vorzuweisen hatte. Ebenso zeugen ihre Beschreibungen der einzelnen Krankheitsbilder von einem gewissen medizinischen Kenntnisstand.

Außerdem kann man mit einiger Sicherheit vermuten, dass sie um die Art der verabreichten Medikamente sowie deren Bedeutung für die Patientinnen wusste. Vor diesem Hintergrund erscheinen ihre Angaben für den Leser eher wie Ausflüchte oder Rechtfertigungen.

Zur Veranschaulichung wird ein weiteres Zitat mit ähnlichem Inhalt abgebildet:

„Als Schwester oder Pflegerin besitzt man nicht den Bildungsgrad eines Arztes u. Kann daher nicht werten, ob die vom Arzt getroffene Maßnahme oder Anordnung richtig ist.“ (Vns. II, Erdmann, S. 5)

Auch hier werden ausgeübte Befehle mit einer niederen Bildung begründet. Dabei scheint Erdmann die Möglichkeit ihr eigenes Handeln zu reflektieren völlig außer Acht zu lassen, stattdessen stellt sie ihr eigenes Denken zugunsten der Befehlsausführung ein.

Zusammenfassend lässt auch die Betrachtung des Aspektes Laienwissen Erdmanns Strategie zum Selbstschutz deutlich werden. Ihre geringen Wissensbestände führt sie als Argumentation ins Feld, um sich als unwissendes Opfer zu präsentieren, welches die Tragweite der eigenen Handlungen nicht abschätzen kann.

Wie bereits im Unterkapitel 4.3 erläutert, sind der Tötungsmaschinerie in Meseritz-Obrawalde mehrere tausend Menschen zum Opfer gefallen. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Krankenmorde in schneller zeitlicher Abfolge stattfanden und gewissen Routinen unterlagen. Dieser Punkt soll die Bedingungen, unter denen die Tötungen stattfanden, differenzierter aufzeigen und herausarbeiten, ob wiederkehrende Situationen vorhanden waren und wenn ja, ob sie nach gleichen Schemata, im Sinne der Gewohnheitshandlung vonstatten gingen und somit von einem eintretenden Gewöhnungseffekt bei den Schwestern in Bezug auf die Morde gesprochen werden kann.

„Anders ist es bei den Fällen gewesen, wo ich die Tötung nicht für notwendig oder angebracht hielt. Wenn ich mich bei diesen Tötungen beteiligte u. somit gegen meine innere Einstellung u. Überzeugung handelte, so geschah es deswegen, weil ich es gewohnt war, die Anordnungen u. die Befehle der Ärzte unbedingt auszuführen. Ich bin so erzogen u. auch ausgebildet worden. [...] Die ständige Übung, den Anordnungen eines Arztes zu folgen, geht so in Fleisch u. Blut über, daß das eigene Denken ausgeschaltet wird.“ (Vns. II, Erdmann, S. 5)

Erneut erscheint der Arzt als Autorität, welche scheinbar auch über ihren christlichen Glauben hinweg wirksam ist, denn ihre Darstellung vermittelt den Eindruck, dass sie in der Situation gegen ihre eigentliche innere Überzeugung gehandelt hat. Trotz des Wissens um die dienende Rolle der Frau in der nationalsozialistischen Gesellschaft und ihrer Rolle als Gehilfin des Mannes erscheint ihr bedenkenloses Befolgen von Anordnungen fragwürdig. Tatsächlich wird von Erdmann auch hier eher eine konstruierte Fremdbestimmung entworfen, um sich selbst zu entlasten. Das die von Dr. Mootz gemachten Anordnungen in keinem Verhältnis mehr zu ihrer früheren Berufsauffassung vom Helfen und Pflegen standen, blendete Erdmann aus.

Eine Routine in Form von wiederkehrenden Handlungen lässt sich anhand des Gesagtem nicht ableiten, ein Gewöhnungseffekt in Bezug auf die Befehlsausübung ist jedoch erkennbar.

Demgegenüber steht eine andere Aussage, die gegen einen Gewöhnungseffekt spricht:

„Für mich ist jeder einzelne Fall der Tötung einer Patientin Anlaß gewesen, sehr ernst darüber nachzudenken, ob die Tötung angebracht ist oder nicht.“ (Vns. I, Erdmann, S. 7)

Obwohl sich bereits herausgestellt hat, dass Erdmann auch die in ihren Augen ungerechtfertigten Tötungen nicht verweigerte, entsteht an dieser Stelle ein anderes Bild von ihr. Es erscheint, als wäre ihr das begangene Unrecht und ihre Rolle darin durchaus bewusst. Womöglich gab es von ihrer Seite auch den Versuch, sich in die Situation der Patientinnen zu versetzen, womit ihr Empathiefähigkeit zugesprochen werden könnte.

Es wäre somit zu kurz gegriffen, Erdmann lediglich als bereitwillig Mordende darzustellen, vielmehr sollte auch die Perspektive von ihr als eine emotional handelnde Person, die sich mit der Angemessenheit ihrer Handlungen auseinander gesetzt hat, reflektiert werden.

Anna Gastler begründete ihr Pflichtbewusstsein mit dem Beamtenstatus und bewies damit gleichzeitig zu keiner Zeit Handlungen unter Zwang ausgeführt zu haben.

„Ich erkläre hiermit ausdrücklich, daß ich von niemandem zur Mitwirkung gezwungen wurde. [...] Wie ich es auf Seite 5 dieser Vernehmung richtig und wahrheitsgemäß angegeben habe, habe ich mich nicht geweigert. Ich war der Überzeugung, daß ich als Beamtin im Staatsdienst verpflichtet war, jedes Verlangen des Staates auszuführen.“ (Vns. I, Gastler, S. 23)

Da Absicherung als weiterer Analysestrang der Subkategorie Gewissenskonflikte innerhalb dieses Kapitels noch ausführlicher betrachtet wird, soll an dieser Stelle nur kurz darauf eingegangen werden, nichtsdestotrotz erscheint das aufgeführte Zitat durchaus geeignet um Gastlers Willen zur Pflichterfüllung aufzuzeigen.

Zur Verständnissicherung wird noch einmal erinnert, dass Gastler circa sechs Monate in Haus 6 unter der Aufsicht von Erdmann als Pflegerin tätig war. In diesem Zeitraum hat sie sich an den Mordaktionen der dort ansässigen Stationen beteiligt (vgl. Vns. II, Gastler, S. 2). Wie bereits genannt, betont sie in ihren Ausführungen, dass sie sich aufgrund ihres Beamtenstatus nicht geweigert habe an den Tötungen teilzunehmen.

Gleichsam gibt sie an anderer Stelle zu, dass ihr nie mit der Deportation in ein Konzentrationslager oder ähnlichem gedroht worden war (vgl. Vns. I, Gastler, S. 5).

Schlussfolgernd kann also angenommen werden, dass weder eine Dienstvereinbarung, noch sonstige verpflichtende Abmachungen existiert haben, die eine verbindliche Teilnahme an den Tötungen gefordert hätten. Gastler zeichnet sich somit durch selbstgewählte, unbedingte Pflichterfüllung aus und weist nicht die Gedankengänge einer mündig handelnden, also selbstbestimmten, unabhängigen Person auf.

Aus ihren Ausführungen geht hervor, dass Gastler, mit ihrem höheren Lebensalter und der damit einhergehenden Berufserfahrung, gerne eine höhere anstaltsinterne Position inne gehabt hätte. Trotz ihres Unmutes niedere Arbeiten auszuführen, übte sie sich dahingehend in bedingungslosem Gehorsam.

„Obgleich ich eine ältere Pflegerin war, war mir keine feste Station zugeteilt, sondern ich mußte den Dienst einer Nebenzpfelegerin verrichten. In diesem Zusammenhang möchte ich betonen, daß ich alle Arbeiten erledigen mußte, von denen andere Schwestern, wie beispielsweise Elgert, im allgemeinen verschont waren. So mußte ich auch u.a. die Leichen fortschaffen. Dieses war für mich eine der schlimmsten Arbeiten.“ (Vns. I, Gastler, S. 2)

Die an dieser Stelle wiederholt angewandte Formulierung „[...] ich mußte [...]“ lässt einen äußeren Druck, der auf Gastler eingewirkt hat, vermuten, womöglich durch die Chefin des Pflegepersonals oder ärztliche Autoritäten. Neben der deutlichen Unzufriedenheit über ihre hierarchische Stellung, kam hinzu, dass sie ihr Tätigkeitsfeld mit dem anderer Kolleginnen verglich und ihres als schlechter befand. Dies lässt die Vermutung zu, dass auch der Faktor Neid eine Rolle für sie gespielt hat, denn die von ihr verwendete Formulierung „[...] andere Schwestern, [...] verschont waren.“ deutet durchaus darauf hin, dass sie selbst ebenfalls gerne das Aufgabengebiet höhergestellter Schwestern gehabt hätte. Somit kann für Gastler eine fortwährende berufliche Unzufriedenheit angenommen werden. Der letzte Satz des Zitates verdeutlicht außerdem eine ihrerseits vorgenommene Einteilung der unliebsamen

Arbeiten in besonders unangenehme bzw. auch weniger unangenehme. Dass der Abtransport der Leichen für sie besonders lästig war, ist insofern ein interessanter Aspekt, da die Tötung des Menschen ihr scheinbar weniger Schwierigkeiten bereitet hat, während eine Konfrontation mit dem leblosen Körper scheinbar Gefühle des Ekels ausgelöst hat.

Bezüglich einer Verweigerung dieser Arbeiten gibt Gastler an:

„Wie ich schon ausführte, war mir kein ständiges Arbeitsgebiet zugeteilt. Ich mußte einmal hier und einmal da aushelfen. Mein Bestreben war es, dort, wo ich hingestellt wurde, den mir übertragenen Auftrag voll und ganz auszuführen. Wenn ich mich geweigert hätte, bei der Tötung von Patientinnen mitzuwirken, so hätte man mich weitergeschoben. Ich wäre also innerhalb der Anstalt auf irgendeinen anderen unbedeutenden Posten abgeschoben worden.“ (Vns. I, Gastler, S. 5)

Gastler stellte wiederholt klar, dass sie ihre Beteiligung an den Tötungsaktionen nie verweigert hat. Außerdem äußerte sie an dieser Stelle abermals ihre Unzufriedenheit mit ihrem Dienstposten. Die Wortwahl „[...] irgendeinen anderen unbedeutenden Posten [...]“ signalisiert, dass sie sich bereits in ihrer momentanen Tätigkeit nicht genügend gewertschätzt fühlte. Es erweckt den Eindruck, als wäre ihr ihre (hierarchische) Position innerhalb der Anstalt unzureichend. Von der gewissenhaften Befehlsausführung und ihrer vorbehaltlosen Beteiligung an den Ermordungen erhoffte sie sich Ansehen und womöglich einen Aufstieg innerhalb der anstaltsinternen Rangordnung. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Entscheidung über Leben und Tod von Patientinnen ihr ein Gefühl von Macht gegeben hat, welches sie während ihrer normalen Berufsausübung vermisste. Somit hat Gastler die Tötungen als willkommene Möglichkeit aufgefasst, um ihre eigenen Ziele und Motive zu verfolgen.

Dass Gastler direkten Einfluss auf die Auswahl der zu tötenden Patientinnen genommen hat, zeigt folgende Darstellung einer Visite in Haus 6 mit Dr. Mootz:

„So weiß ich noch, daß Dr. Mootz zur Siechenstation kam, als ich dort Tagesdienst hatte, und er fragte mich, wer wohl von den Patientinnen am schwächsten sei?

Wahrheitsgemäß bezeichnete ich ihm dann solche Patientinnen, die schon längere Zeit auf der Siechenstation lagen und die vielleicht benommen waren und sich ständig beschmutzten. [...] Ich habe dann am nächsten Tag feststellen können, daß die von mir genannten Patientinnen in das Extrazimmer verlegt wurden.“ (Vns. I, Gastler, S. 10) Anhand des Gesagten wird unbestreitbar deutlich, dass Gastler in Kooperation mit Dr. Mootz die Selektionen vornahm. Die leitenden Beweggründe dürften, wie bereits oben genannt, Macht und das Gefühl von Einflussnahme gewesen sein. Dr. Mootz erbat sich ihre Meinung, was wiederum ein positives Gefühl bei ihr hinterließ. Die Kooperation beruhte somit nicht nur auf dem Grundsatz bedingungslos ärztliche Anweisungen auszuführen, sondern ist für Gastler die Möglichkeit gewesen, innerhalb ihrer ‚unbedeutenden‘ Position wahrgenommen zu werden und sich als bedeutsame Mitarbeiterin zu fühlen. Demzufolge wäre eine Weigerung für sie unlogisch gewesen, da mit einiger Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass

sie diese positiven Emotionen aufrechterhalten wollte. Ein Unrechtsbewusstsein ist aus dem Gesagten folglich nicht ersichtlich.

Angesprochen auf ihre sonstigen Tätigkeiten in Haus 6, beschreibt Gastler:

„Meine vorwiegende Tätigkeit war die Behandlung der Geisteskranken und die Ausführung der Befehle, die mir von den Vorgesetzten erteilt wurden.“ (Vns. II, Gastler, S. 2)

Abermals verdeutlichte sie hier ihre unerbittliche Treue und Loyalität gegenüber ihren Vorgesetzten. Ihre Person als eigenständig denkendes und handelndes Individuum rückte zugunsten der unkritischen Befehlsausübung in den Hintergrund. Somit lassen sich auch bei ihr Teile der Argumentationsstrategie erkennen, die Erdmann angewandt hat. Gastler hat versucht den Eindruck zu bestärken, dass auch sie als Opfer ihrer Umstände zu sehen ist. Dass die Befehlsausübung ihr jedoch das Gefühl von Macht gab, wurde bereits herausgearbeitet und an anderer Stelle erläutert.

Für die Perspektive Laienwissen, lassen sich bei Gastler nur wenige, eher unspezifische Aussagen finden. Die beiden ausgewählten Beispiele können jedoch grundsätzlich unter dieser Kategorie gefasst werden, da sie vermutlich den allgemeinen Kenntnisstand einer Pflegerin der Anstalt repräsentieren.

In der Vernehmungsniederschrift I sagte Gastler aus, dass sie Dr. Mootz' weiteres Vorgehen, nachdem sie ihm die schwächsten Patientinnen genannt hat, nicht kannte:

„Schließlich war ich Pflegerin und hatte darin keinen Einblick.“ (Vns. I, Gastler, S. 11) Es wird deutlich, dass sie ihrer niedrigen Stellung innerhalb der Anstaltshierarchie, auch ein Wissensdefizit in Bezug auf die Tötungsvorgänge impliziert. Ihr Ärger über ihren unbedeutenden Posten kann hier nur erahnt werden. Trotzdem wird anhand des Zitates deutlich, dass ihre Position ihr weniger Zugangsmöglichkeiten zu internen Informationen bot als beispielsweise die Position einer Oberschwester, was sich unter Berücksichtigung der bisherigen Darstellungen der Anstaltshierarchie durchaus als richtig erwiesen haben dürfte. Unberührt bleibt bei dieser Ausführung, ob es von ihrer Seite den Versuch gab weitere Informationen über Dr. Mootz Vorgehen einzuholen. Des Weiteren ermöglicht das Zitat keine Aussage zum tatsächlichen pflegerischen Wissenstand von Gastler.

Um eine Aussage zu den pflegerischen Kenntnissen der Pflegerinnen zu treffen, soll folgendes Beispiel hinzugezogen werden:

„Auf Zwischenfrage sage ich, daß meiner Meinung nach Dr. Mootz nicht der begleitenden Pflegerin die genaue Anweisung über die Durchführung der Tötung gab, also insbesondere nicht das zu verwendende Mittel und die Dosis bestimmte. Als Pflegerinnen kannten wir einerseits die Konstitution der Patientinnen und hatten andererseits die nötige Erfahrung und Kenntnis, welche Dosis erforderlich für den Erfolg war. [...] Wenn die gegebene Menge nicht ausreichend war, wie es auch hin und wieder vorkam, [...] mußten von uns aus die Entscheidung treffen und die notwendige Menge nachgeben.“ (Vns. I, Gastler, S. 13)

Zwar zeigt diese Textstelle einige Widersprüche zu den Aussagen von Erdmann, trotzdem lässt sie sich gut für das zu analysierende Element Laienwissen verwenden.

Gastler stellte sich und ihre Kolleginnen hier als erfahrene Pflegerinnen dar, die die körperliche Verfassung der Patientinnen selbstständig bewerteten. Außerdem schienen ihnen die einzelnen Medikamente und deren Wirkungsweisen durchaus vertraut zu sein.

Daraus schlussfolgernd könnte man ihnen einen angemessenen Wissensstand bezüglich ihres pflegerischen Handelns unterstellen.

Eine weitere neue Perspektive eröffnet außerdem der letzte Satz, hier deutet sich an, dass die Pflegerinnen durchaus auch eigenverantwortlich Maßnahmen zur Tötung der Patientinnen getroffen haben. Daraus lässt sich schließen, dass sie auch ohne Anordnung aktiv handelnde Täterinnen waren, die nicht nur unter dem Deckmantel ärztlicher Autoritäten agierten.

Zum Punkt Gewohnheitshandlung soll ein Zitat aus der Vernehmungsniederschrift I Verwendung finden:

„In der Regel mußte die Pflegerin, die Dienst hatte, die Patientinnen entkleiden, und in das Extrazimmer bringen. [...] Wenn es sich um eine Patientin handelte, die sehr verwirrt war oder so krank war, daß sie nicht darüber nachdachte, so wurde sie einfach nach dem Entkleiden von mir herübergeführt. Handelte es sich um Patientinnen, die klar waren und somit alles durchschauen konnten, so sagten wir ihnen, daß sie schon so gebessert seien und nur eine Kur noch zu machen brauchten, [...]. Die Patientinnen glaubten uns dann und entkleideten sich meist freiwillig, so daß wir weiter keine Schwierigkeiten mit ihnen hatten.“ (Vns. I, Gastler, S. 13)

Anhand der Darstellung werden einige routinemäßige Abläufe bei den Tötungen erkennbar. Es gab scheinbar recht genaue Vorgehensweisen für orientierte und weniger orientierte Patientinnen und vorgefertigte Erklärungen, die misstrauischen Frauen präsentiert wurden. Somit kam zu der Tötung selbst noch ein heimtückisches Belügen der Opfer, damit diese die überdosierten Medikamente widerstandslos einnahmen.

Gastler betonte hier von sich aus, dass sie es so leicht wie möglich haben wollte, die Frauen hatten sich also zu fügen. Wie es denen in dieser Situation erging, scheint sie völlig auszublenden. Das es durchaus Patientinnen gab, die die bevorstehende Tötung erahnten, zeigt sich hier deutlich. Reue oder Emotionalität von Gastlers Seite sind nicht zu erkennen. Schon der bereits entblößende Vorgang des Entkleidens der Patientinnen wird von ihr mit kalter Sachlichkeit beschrieben und auch die vorgesetzten Lügen zeigen ein de facto nicht vorhandenes Unrechtsbewusstsein.

Weitere routinemäßige Abläufe bei den Tötungen zeigen sich auch anhand der nachfolgenden Textstelle:

„Wenn ich mich recht erinnere, so wurden nicht beide zu Tötenden [sic] Patientinnen zusammen in das Extrazimmer verbracht. Ich glaube es war so, daß die zweite Patientin erst dann in das Extrazimmer geschafft wurde, wenn die erste bereits am Einschlafen war. Wir deckten dann diese mit einem Handtuch zu. [...] Bevor die Patientin in das Extrazimmer

gebracht worden war, waren schon die Spritzen aufgezoogen oder das Luminal oder Veronal in einem Glas Wasser aufgelöst.“ [...] (Vns. I, Gastler, S. 15)

Hier findet eine vage Beschreibung des Vorgehens innerhalb des Tötungszimmers statt.

Erkennbar sind auch an dieser Stelle angepasste Abläufe, mit deren Anwendung womöglich auch Verzögerungen im Tötungsablauf vermieden werden sollten.

Interessanterweise zeigen sich auch bei Gastler häufiger Gedächtnislücken bzw. Unsicherheiten bei der Beschreibung des Tötungsvorganges. Sie sagte zwar, dass die Spritzen bereits vorbereitet waren, wer diese Handlung jedoch übernommen hat, ist nicht ersichtlich. Diese scheinbare Verdrängung bestimmter Inhalte in Bezug auf die Tötungen, ermöglichte Gastler in ihren Ausführungen nicht als einzelne Täterin aufzutauchen, stattdessen bezog sie sich auf das ‚wir‘ zum Schutz ihrer eigenen Person.

Des Weiteren sollte an dieser Stelle noch benannt werden, dass die Tötung als eine typisch pflegerische Handlung dargestellt wurde und auch die Tötungsinstrumente für die Pflegerinnen vertraute Gegenstände waren. Somit konnte die Ermordung direkt in bekanntes berufliches Geschehen involviert werden.

Bevor die zusammenfassende Betrachtung anhand der einzelnen Perspektiven der Subkategorie Hierarchie erfolgt, sollen kurz einige allgemeine Ergebnisse des zweiten Abschnittes zusammengefasst werden. Verdeutlicht soll nochmals werden, dass sich widersprechende Aussagen innerhalb der Vernehmungsniederschriften vorkommen und von den Autoren nicht aufgelöst werden können. Gemeint sind damit vor allen Dingen Erdmanns und Gastlers differierende Aussagen bezüglich Erdmanns Versetzung nach Haus 6, wie auch die Angaben zu der Auswahl von Medikamenten und der (womöglich nicht) festgesetzten Dosis. Gegebenenfalls könnte im Rahmen einer weiterführenden Analyse mit anderen Täterinnen eine Auflösung dieser Widersprüche erfolgen. Ein Aspekt, der sich außerdem für beide untersuchten Schwestern herausstellt, ist die Verwendung von ihnen vertrauten Gegenständen zur Tötung und die Einbettung dieser in pflegerische Handlungen.

Es sollen nun einige ausgewählte Aussagen von beiden Frauen mithilfe der Kategorisierung verglichen werden, wobei die Anmerkung erlaubt sei, dass sich nicht durchgängig eindeutige Aussagen finden lassen, vielmehr muss auch zwischen den Zeilen gedeutet werden.

Bezüglich des Pflichtbewusstseins kann als allgemeiner Konsens festgehalten werden, dass sich mithilfe der gemachten Angaben weder eine verpflichtende Beteiligung an den Tötungen untermauern lässt, noch gab es eine schriftlich fixierte Dienstanweisung, Vorschrift oder vergleichbare Regelwerke, die als Grundlage für die ausgeführten Handlungen der Täterinnen dienen könnten. Vielmehr ist die eingangs erwähnte persönliche Pflicht ersichtlicher Bestandteil beider Schwesterncharaktere. Dieser individuelle Druck, dem sich die zwei Frauen ausgesetzt sahen, wird von ihnen anhand verschiedener, oben ausgeführter Äußerungen begründet. Mündigkeit in Form von eigenständigem Denken und Handeln fehlt beiden Schwestern weitestgehend, wobei bei Erdmann eine Einschränkung vorgenommen

werden sollte, denn hier zeigen sich innerhalb der Vernehmungsniederschrift durchaus Abschnitte des Gedankenmachens.

Bei Gastler hingegen können, zumindest anhand der Protokolle, keine inneren Gedankengänge nachgewiesen werden, ihre Sorgen beziehen sich vornehmlich auf die eigene Person und einen möglichen Aufstieg innerhalb der Anstaltshierarchie.

Schlussendlich handeln dennoch beide Schwestern mit einer erkennbaren Tötungsabsicht, wenn auch aus unterschiedlichen Motiven und Positionen heraus.

Ein auffälliges gemeinsames Merkmal der Vernehmungen ist die Tatsache, dass sowohl Erdmann als auch Gastler bei der Beschreibung des direkten Tötungsvorganges Unsicherheiten aufwiesen. Überdies wurden Formulierungen mit ‚wir‘ (vgl. Vns. I, Gastler, S. 15), anstatt ich angewandt, sodass Unklarheiten bleiben, wer innerhalb der Aussagen die handelnden Personen sind. Daraus schlussfolgernd, vermeiden es beide als direkte ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7) aufzutreten, mit anderen Worten, sie erscheinen eher als Zuschauerinnen und blenden ihre eigene Täterschaft aus.

In Bezug auf den Gehorsam entsteht die Erkenntnis, dass Erdmann als hierarchisch höher gestellte Person zwar mehr Befugnisse und Einblicke in Interna der Anstalt hatte als Gastler, jedoch wurde auch sie von höheren Instanzen, wie Ratajczak als Chefin des Pflegepersonals oder Dr. Mootz als ärztlicher Vertreter, bedrängt. Gastlers Befehlsgeber waren aufgrund ihrer Stellung als Pflegerin vorwiegend übergeordnete Schwestern, ihren Weisungen hatte sie Folge zu leisten. Beiden ist gemeinsam, dass sie nächsthöhere Instanzen nicht gegen sich aufbringen wollten und sich folglich in Gehorsam übten.

Ein Aspekt der bereits benannt wurde und an diesem Punkt erinnernd eingefügt werden soll, ist die klassische zeitgenössische Rollenverteilung innerhalb der Tötungsanstalt.

Zwar erscheint auch eine Frau als ärztliche Autorität, dies ist jedoch als Seltenheit aufzufassen und mit der engen Verbundenheit Wernickes zur NS-Frauenschaft zu begründen (vgl. Vns. II, Erdmann, S. 4). Besonders deutlich ist, dass Dr. Mootz als Initiator und Tonangebender auftritt und die Frauen als seine Gehilfinnen nach seinem Ermessen arbeiteten. Einmal gab Erdmann ihm gegenüber Bedenken bei den Tötungen an, fügte sich jedoch letztlich, da Mootz nicht von seinem Vorgehen abweichen wollte.

Diese Situation diente Erdmann später auch als Rechtfertigung für ihr Vorgehen. Bei Gastler hingegen sind weniger Bedenken hinsichtlich der Tötungen erkennbar, sondern es bilden sich vor allem eigennützige Zwecke ab, mit denen sie ihre Beteiligung rechtfertigte. Für sie war lediglich ein Aufstieg innerhalb der Rangfolge bedeutsam.

Diese Zielsetzung ist bei Erdmann anhand der Protokolle nicht nachzuweisen.

Im Hinblick auf den Bereich des Laienwissens lässt sich festhalten, dass Erdmann und Gastler hier voneinander abweichende Angaben machten bzw. Gastlers Aussagen bedeutend unspezifischer waren als die von Erdmann. Gastler selbst nannte ihr pflegerisches Wissen zu keiner Zeit laienhaft, lediglich im Hinblick auf organisatorische Strukturen der Anstalt räumte sie Unwissenheit ein. Bei Medikamenten und der Beobachtung und Versorgung der

Patienten hingegen bezeichnete sie sich als erfahrene Arbeitskraft. Erdmann hingegen betonte in ihren Vernehmungen mehrmals ihr unzureichendes Wissen und ihre Unterlegenheit gegenüber dem ärztlichen Wissensstand.

Dies ist ein interessanter Umstand, denn so lässt sich konstatieren, dass eine hierarchisch niedriger gestellte Pflegerin scheinbar über mehr Wissen verfügt hat, als die übergeordnete Oberschwester. Da beide ungefähr gleich lange im Beruf standen, kann diese Feststellung nicht mithilfe unzureichender Berufserfahrung aufgelöst werden, sondern es bleibt zu fragen, ob Erdmann ihre bestehende Verantwortung mit ihrer vermeintlich geringeren Bildung ausblenden wollte.

Ein letzter Blick auf den Punkt Gewohnheitshandlung ermöglicht einige bereits genannte Aspekte zu wiederholen und zu verdeutlichen. Der Arzt als respektierte Autorität wurde sowohl von Erdmann als auch von Gastler benannt. Beide entwarfen damit das Bild fremdbestimmten Handelns. Erdmann griff wenig prozesshafte Abläufe auf, sondern schilderte ihren Versuch, Dr. Mootz' Anordnungen zu hinterfragen, mit dem Ergebnis, dass sie schlussendlich doch seine vorgegeben Weisungen befolgt hat.

Gastler betonte in ihren Vernehmungen besonders die Unzufriedenheit mit ihrer Position. Es zeichnete sich ab, dass ihre Beteiligung vor allen Dingen darauf ausgelegt war, einen hierarchischen Aufstieg zu erfahren oder sich innerhalb der bestehenden Position machtvoller zu fühlen.

Außerdem konkretisierte sie bestehende Routinen bei den Ermordungen. Beide Schwestern zeigten im Verlauf der Vernehmungen keine besondere Emotionalität oder Reue. Es erscheint, als wären sie bis zuletzt von der Richtigkeit ihres Handelns überzeugt. Ein letzter, bei Gastler auftauchender, Gesichtspunkt ist ihre Teilnahme an den Selektionen. Während Erdmann anhand ihrer Darlegungen keine Entscheidungsgewalt bei der Auswahl der zu tötenden Patientinnen eingeräumt werden kann, präsentierte Gastler sich als Beraterin von Dr. Mootz. Dadurch wird der Eindruck erweckt, dass auch hier die hierarchischen Strukturen verschoben waren, denn logischer wäre erschienen, Erdmann als Oberschwester wäre mit den Selektionen betraut worden.

Gewissenskonflikte als Subkategorie von Selbstschutz Die dritte Subkategorie wird mit dem Begriff Gewissenskonflikte betitelt. Diese Kategorie greift das Spannungsfeld der beiden Schwestern auf, in welchem sie sich mit der notwendigen Positionierung zur ‚Euthanasie‘ befanden.

Dabei wirken gegensätzliche Kräfte auf ihr Gewissen, das als psychische Substruktur nach Freud zu verstehen ist. Inhaltlich entfalten sich an dieser Stelle definierte Normen, welche fortwährend durch verschiedene beeinflussende Faktoren aktualisiert werden.

Sie fungieren in Form von Gebots- und Verbotsnormen als dementierende Instanz intrinsisch und extrinsisch herantretender Handlungsimpulse. Eben diese Reaktion ist eine manifeste Funktion der Persönlichkeit (vgl. Klier, 1978, S. 137 f.).

Die Unvereinbarkeit der im Spannungsfeld liegenden Bereiche Konfession, Absicherung und Identifikation führen schließlich anhand ihrer Argumentationen in den Vernehmungsniederschriften zu einer zunächst in der Praxis klar erscheinenden Positionierung,

wobei die individuelle, rein gedankliche Selektion ‚lebenswürdiger‘ Menschen von ‚Lebensunwürdigen‘ als innere Widersetzlichkeit Bestand hat und ihren kognitiven und affektiv-reaktiven Prozessen folgt. Ein bedeutendes subversives Element war die konfessionelle Bindung, deren Forderung den Geboten zu folgen, tyrannisierend auf die personale Identität wirkte.

Die Modifikation der ursprünglichen Gewissensansprüche sowohl von Erdmann als auch von Gastler sollen mittels der genannten Bereiche ihre aktive Positionierung zur ‚Euthanasie‘ erklären. Hier kann durchaus der Begriff ‚Gewissensgründe‘ (Art. 12 a Abs. 2 GG) für die drei Bereiche verwendet werden. Nach dem Grundgesetz führen die tragenden Inhalte der ‚Gewissensgründe‘ zur ‚Gewissensentscheidung‘ (Art. 12 a Abs. 2 GG).⁴⁹ Trotz der anfänglich erscheinenden Unvereinbarkeit der beiden aus dem GG angelehnten Bezeichnungen, stellen sie mit der vorangegangenen Begriffsklärung eine durchaus annehmbare Konkordanz zum Kontext der psychologischen Terminologie dar.

Die Angeklagte Luise Erdmann bewegt sich in den gesamten zur Verfügung stehenden Vernehmungsniederschriften in einem Konflikt in erster Linie unvereinbarer ‚Gewissensgründe‘.

Der Sehnsucht nach allgemeinem Verständnis hervorbringendem Selbstschutz, folgte sie mit steter Formulierung von an ihr herangetragenen Absicherungen der Rechtmäßigkeit ihres Handelns. Auf den ersten Seiten der Vernehmungsniederschrift verdeutlichte sie ihr Vorgehen zur Beruhigung ihres Gewissenskonfliktes mit der vermeintlichen gesetzlichen Rechtmäßigkeit der ‚Euthanasie‘. Diese Absicherung ergab sich aus einem Gespräch mit Dr. Mootz.

„Trotz meiner Einstellung zur Euthanasie habe ich, als das Problem an mich heran trat, schwere innere Kämpfe mit mir selbst ausgefochten. Euthanasie, so wie ich es damals erlebte, war schließlich eine Tötung von Menschen, und es warf sich für mich die Frage auf, ob ein Gesetzgeber überhaupt berechtigt sei, Tötungen von Menschen anzuordnen oder zu

49 Die Begriffe ‚Gewissensgrund‘ und ‚Gewissensentscheidung‘ wurden nach dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 12a verwendet. In Anlehnung an das „Gesetz über die Verweigerung des Kriegsdienstes mit der Waffe aus Gewissensgründen (Kriegsdienstverweigerungsgesetz – KDVG)“ des Bundesgesetzblattes können ‚Gewissensgründe‘ dazu führen den Kriegsdienst zu verweigern, wobei ein Ersatzdienst verpflichtend werden kann. Die Freiheit der ‚Gewissensentscheidung‘ wird darin besonders betont. Die Übertragung der Begriffe in den der Arbeit zugrunde liegendem Sachverhalt wird fortlaufend mit einzelnen Anführungszeichen versehen und ausschließlich nach der erstmaligen Nennung mit einem Quellenverweis gekennzeichnet. Weitere Anwendungen beziehen sich stets auf die bereits benannte Quelle.

erlauben. Ich habe zwar zu keiner Zeit davon zu hören bekommen, daß ein entsprechendes Gesetz über die Anwendung der Euthanasie existierte, aber andererseits erklärte mir Dr. Mootz einmal, daß ich keine Bedenken zu haben brauche, weil er mich gegebenenfalls [sic] decke. Aus dieser Aussage von Dr. Mootz zog ich den Schluß, daß für die Euthanasie eine Rechtmäßigkeit bestehen müsse.“(Vns. I, Erdmann, S. 5)

Auf die Leser wirkt die Schlussfolgerung einer bestehenden Rechtmäßigkeit aufgrund der beschwichtigenden Aussage seitens Dr. Mootz recht eigenwillig. Die Aussage, dass er sie „[...] gegebenenfalls [sic] decke[n, d. Verf.] [...]“ würde und sie daher „[...] keine Bedenken zu haben brauche [...]“ erzeugt bei Erdmann eine Sinnverwandtschaft mit der in Frage gestellten gesetzlichen Rechtmäßigkeit. Ihre zuvor formulierten „[...] schwere[n, d. Verf.] innere[n, d. Verf.] Kämpfe [...]“, die sie zu dieser Zeit unausgesprochen mit sich selbst führte, hinterlassen hingegen eher die Erwartung einer weitaus umfassenderen Klärung als es mit der knappen Äußerung von Dr. Mootz geschah. Das Ausbalancieren ihres Konfliktes erscheint hingegen damit für sie berechtigt, und im Zuge dessen ist der Selbstschutz gegeben. Auch die an sich selbst gerichtete Frage, „[...] ob ein Gesetzgeber überhaupt berechtigt sei, Tötungen von Menschen anzuordnen oder zu erlauben [...]“, impliziert bereits ihr Anliegen, lediglich die Befürwortung von oberster Stelle zu erhalten, um ihre eigene vorherrschende Bereitschaft zu untermauern und weniger spezifische Gewissenskonflikte im Sinne des humanistischen Geistes zu stillen. Daher scheint die Fixierung auf die recht dürftige Antwort von Dr. Mootz verständlich zu sein.

Ihr Anspruch von Rechtmäßigkeit erhob sie zudem in einer weiteren Aussage, in der sie sich zusätzlich mit ihrem Pflichtbewusstsein durch den ihr innewohnenden Beamtenstatus rechtfertigte.

„Wenn mir vorgehalten wird, daß schon im damaligen Beamtengesetz niedergelegt war, daß ein Beamter erkennbare verbrecherische Befehle nicht zu befolgen hat, so erkläre ich dazu, daß ich die mir von Dr. Wernicke und Dr. Mootz erteilten Befehle nicht als ‚verbrecherisch‘ anerkannte.“ (Vns. II, Erdmann, S. 21)

Bereits die Nutzung des Begriffs ‚vorgehalten‘, verdeutlicht die Ablehnung unrechtmäßigen Verhaltens. Den Vorwurf nach verbrecherischem Motiv gehandelt zu haben weist sie konsequent von sich. Erdmann begibt sich damit in einen Protest und gleichzeitig bringt sie deutlich ihre Anerkennung des Motivs beider Ärzte zum Ausdruck, welches zudem als identifizierendes Merkmal zu verstehen ist. Ihre Interpretation von ‚verbrecherisch‘ lässt den Schluss zu, dass sie sich in einen für sie gesetzlich abgesicherten Rahmen bewegte.

Im Verlauf der Vernehmungsniederschrift zeigt sich aber auch eine verunsicherte Seite Erdmanns, in der die gesetzliche Rechtmäßigkeit scheinbar nicht zweifelsfrei griff. So wirken ihre Formulierungen an manchen Stellen vielmehr als gutes Zusprechen, um die ihr mit der Anklage konfrontierte verbrecherische Handlung zu entschärfen. Sie versucht damit die eigene Verantwortung in Bezug auf die Mitwirkung an den Tötungen von Menschen diffuser darzulegen. Im Zuge ihrer Ausführungen zum Tötungsablauf merkte sie an:

„Ich möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß ich nicht jedesmal zugegen war.“ (Vns. I, Erdmann, S. 13).

Mit dieser Notiz „[...] nicht jedesmal [...]“ versucht sie die Aufmerksamkeit auf etwas Übergeordnetes zu lenken. Es darf also angenommen werden, dass sie darauf hinweisen möchte, dass das Töten auch unabhängig von ihrer persönlichen Beteiligung statt gefunden hätte. Die Verantwortung, die jedem Handeln zugrunde liegt, verlagert sie durch ihren Gewissenskonflikt auf eine von ihr unabhängige Ebene. Das belastende Gewicht, das eine zu verantwortende Tat hervorrufen kann, mildert Erdmann mit dieser Verlagerung ab, sodass der Selbstschutz aufrecht erhalten werden kann. Daran anschließend soll das folgende Zitat herangezogen werden:

„Ratajczak erwartete von mir, daß ich die Tötungen und alles, was damit zusammenhing, zusammen mit den mir unterstellten Schwestern ausführte, so daß sie nur noch die jeweiligen Anordnungen zu treffen hätte. Sie wollte also kraß ausgedrückt alles auf mich abschieben. Damit war ich nicht einverstanden.“ (Vns. II, Erdmann, S. 10).

Erdmanns Formulierung „[...] alles auf mich abschieben [...]“ soll für den Bereich der Absicherung als sogenannten Gewissensgrund abschließend analytisch betrachtet werden. So beinhaltet dieser Ausdruck eine negative Konnotation, indem sie wie schon im vorhergehenden Zitat mit der Verantwortungs-Verlagerung ein Gefühl von Sicherheitsbedürftigkeit hervorruft. Es erscheint fast so, als wäre dies ein Schuldbekenntnis, doch diese Mutmaßung soll nicht Gegenstand der Auseinandersetzung werden. Die Darstellung ihrer Person als alleinig Handelnde befördert das widerstrebende Empfinden etwas Unrechtes zu tun, trotz des von Zweifel befreienden Hinweises Dr. Mootz'. Daher nannte sie weitere beteiligte Schwestern wie Ratajczak, um sich der Gefahr eines eigenständig handelnden Individuums mit den sich daraus ergebenden Folgen, nicht aussetzen zu müssen. Solche und weitere Widersätzlichkeiten lassen sich noch an verschiedenen Stellen der Vernehmungsniederschrift belegen.

So wie der absichernde Faktor in den wiedergegebenen Zitaten veranschaulicht wird, zeigt sich ein ebensolcher dominanter ‚Gewissensgrund‘ gleich zu Beginn der ersten Vernehmungsniederschrift. Hierbei handelt es sich um die Identifikation mit der ‚Euthanasie‘ und der einhergehenden ideologisch verbundenen Begrifflichkeit.

Vorangestellt sei gesagt, dass folgende Aussage im Zusammenhang mit einem Tötungsereignis wiedergegeben wurde, in welchem Erdmann die ‚euthanatische‘ Mentalität erstmalig in der pflegerischen Praxis bewusst begegnete.

„Meine Einstellung zur Euthanasie war die, sollte ich selbst unheilbar krank werden, wobei ich keinen Unterschied zwischen Geisteskrankheit und sonstiger Krankheit mache, würde ich es als Erlösung empfinden, wenn ein Arzt oder auf ärztliche Verordnung eine andere Person mir eine Gabe verabreichen würde, die mich von allem erlöst.“ (Vns. I, Erdmann, S. 5)

Ihre Anerkennung der ‚Euthanasie‘ begründete sie mit der ihr innewohnenden humanitären Geste. Mildtätigkeit und fürsorgliche Linderung menschlicher Not erscheinen hier als

legitimierende Argumentation. Nicht zuletzt spricht sie von dem erlösenden Gedanken, der dahinter stehen soll. Die Verbindung zum Mitleid wurde bereits an anderer Stelle herausgearbeitet. Es kann allerdings nicht vollkommen durchschaut werden, für wen die Tötung tatsächlich eine Errettung sein sollte. War es eine persönliche Angelegenheit, oder bewegte sie sich vielmehr auf der Metaebene des gesellschaftlichen Kontextes? Auch Erdmann würde sich im Falle einer fortschreitenden geistigen Verwirrung oder gar einer zum Tode führenden Erkrankung der absichtlichen Herbeiführung des Todes unterwerfen. Dies lässt den Schluss zu, dass tatsächlich von der ‚Euthanasie‘ Betroffene gleichermaßen in stillem Einvernehmen getötet wurden.

Erst der in der Vernehmung geschilderte Konflikt zwischen ihr und Dr. Wernicke schuf Transparenz in die unausgesprochene Durchführung der ‚Euthanasie‘-Programme. Mit dessen Gewährwerden, hätte durchaus auch eine ablehnende Einstellung ihre Berechtigung gefunden, stattdessen übernimmt Erdmann die ärztlichen Motive und idealisiert sie aufgrund ihrer ihr innewohnenden Folgsamkeit. Autoritäre Strukturen ermächtigen Erdmann sich mit der ‚Euthanasie‘ zu identifizieren und führen gleichzeitig zu einem konfliktfreien Gewissen. Das identifizierende Merkmal tritt auch im nächsten Zitat in Erscheinung.

„Bei der Visite hatte ich immer einen Block bei mir, um aufzuschreiben, welche Mittel und welche Dosen der einzelne Patient erhalten sollte. Dieses war allein deswegen erforderlich, um Verwechslungen vorzubeugen. Auf Frage sage ich, daß nicht jeder Patient, von dem sich Dr. Mootz die Akten geben ließ, getötet wurde. Ich schließe daraus, daß Dr. Mootz sich die Krankengeschichten genau durchgelesen hat. Umgekehrt möchte ich sagen, daß Dr. Mootz nie eine Anordnung zum Töten traf, wenn er nicht zuvor die Akte durchgelesen hat. Ich bin der Meinung, daß Dr. Mootz sorgfältiger bei der Auswahl der Tötung vorging.“ (Vns. I, Erdmann, S. 10)

Es lässt sich auch in diesem Fall keine widerwillige Handlung ermitteln. Vielmehr erzeugt der Auszug das Gefühl von besonderer fürsorglicher Nähe zum Geschehen.

Erdmann präsentiert sich als verantwortungs- und pflichtbewusste Schwester, die stets gut vorbereitet ist und den Anweisungen unmittelbar Folge leisten kann und will. Dieses Erscheinungsbild im Sinne des Nationalsozialismus wurde bereits in Kapitel 3 und folgende eingehend skizziert. Erdmann verkörpert in ihrer gewissenhaften Art und der Identifikation mit dem Geschehen den Ideal-Typus einer stets manierlich ihren Dienst verrichtenden Schwester. Zusätzlich trägt ihre Fähigkeit zum Beobachten dazu bei, hierarchisch Vorgelebtes derart einzuverleiben, dass es weniger reflektierend als mehr identifizierend erscheint. Eine gegensätzliche Bewegung wird in einem anderen Zitat deutlich:

„Es ist mir heute wirklich nicht möglich zu sagen, ob der Becher von Ratajczak oder mir gereicht wurde.“ (Vns. II, Erdmann, S. 8)

Die zuvor noch eindeutige Identifikation mit ‚euthanatischen‘ Handlungen und der zweifelsfreien Wertschätzung hinsichtlich der von Dr. Mootz getroffenen Wahl, wird zunehmend diffuser sobald eine Verlagerung hierarchischer Strukturen erfolgt.

Detailreiche Ausführungen weichen plötzlich vagen Erinnerungen sobald von der Zusammenarbeit mit anderen Schwestern berichtet wird. In der Retrospektive agierte Erdmann in Verbindung mit der Ärzteschaft stets integer, spricht sie aber von anderen Schwestern, scheint sich ihre identifizierende Einstellung zu verflüchtigen. Die Makellosigkeit von ‚Euthanasie‘ relativiert sie nun mit nicht mehr klar zu benennenden Handlungen. In der direkten Ausführung des Tötens verliert sich ihre Position.

Die schemenhaften Erinnerungen im Zuge unmittelbaren Tötens machen ihre Angst Verantwortung zu übernehmen, offenkundig. Sich zweifelsfrei dahingehend zu positionieren bedeutet ein großes Wagnis für ihre innere Auseinandersetzung. Die Sorge wirklich rechtschaffend gehandelt zu haben ist omnipräsent. Erdmann gab zum Ende der Vernehmung einen entscheidenden Hinweis:

„Ich halte es für wichtig zu sagen, daß die Einstellung eines Menschen zu Leben und Tod abhängig ist von der Situation, in der sich der Mensch befindet. Ich habe mein ganzes Leben in der Krankenpflege verbracht und somit mehr als gewöhnliche Menschen das Leben u. Sterben erlebt. Ich will damit nicht sagen, daß ich durch das Miterleben verhärtet wurde, sondern nur, daß mein Standpunkt und Gesichtswinkel zu diesen menschlichen Problem [sic] ein anderer war.“ (Vns. II, Erdmann, S. 22)

Das Zitat beinhaltet letztlich die ultimative Legitimation ihrer ‚Euthanasie‘-Anerkennung und soll gleichzeitig den Konflikt begründbar machen. Allein ihre berufliche Erfahrung entbindet sie vom Status der Gewöhnlichkeit. Eben solche „gewöhnliche[n, d. Verf.] Menschen“ besitzen nach Erdmann nicht die nötige Weitsicht, sie erkennen die humanitäre Motivation nicht. Ihre Darlegung stellt Leben und Tod als menschliches Problem dar, dessen Ausweg allein über die ‚Euthanasie‘ ermöglicht wird.

Die Distanz pflegeferner Menschen verschleiern die positive Wirkmächtigkeit. So scheint sich Erdmann vor einem potenziellen missbilligenden Blick „gewöhnliche[r, d. Verf.] Menschen“ zu fürchten. Es ist zu vermuten, dass es dieser Tatsache geschuldet sei, dass ihre durch die Anklage entblößte Identifikation zeitweise abkehrende Muster aufweist. Die Anklage bedeutet für sie eine Bedrohung ihrer personalen wie beruflichen Identität. Sie ist versucht, das ihr irrtümlich entgegengebrachte Missverständnis zu klären. Daher bewirkt das Spiel mit ihren ‚Gewissensgründen‘ eine Art von Selbstschutz. Mit dem ihr wichtigen Hinweis beschließt sie ihren Weg der rechtmäßigen Identifikation und entschuldigt gar diejenigen, die diesem Pfad aufgrund einer pflegefernen Lebensführung nicht folgen konnten.

Ein subversives Element, welches sowohl mit der Absicherung als auch mit der Identifikation einhergeht, ist die eigene gedankliche Selektion. Eben diese von Erdmann vorgenommene Differenzierung erlösungsbedürftiger Menschen von den Lebensbefähigten ist auf einer ganz anderen Ebene aktiv. An dieser Stelle wird eine potenziell vorhandene gesetzliche Absicherung hinfällig, die Auswahlkriterien der Ärzte verlieren an Relevanz. Erdmann konkretisiert ihre persönlichen Kriterien in folgendem Zitat:

„Im Verlauf meiner bisherigen Vernehmung habe ich zum Ausdruck gebracht, daß etwa bei der Hälfte der Tötungen das Vorgehen nicht meine Billigung fand. Wenn ich danach gefragt werde, wo ich die Grenze der Billigung ziehe, so muß ich dazu erklären, daß nur bei den Patienten meiner Überzeugung nach die Tötung gerechtfertigt erschien, wo abzusehen war, daß der natürliche Tod in Kürze, und damit meine ich einen Zeitraum von höchstens drei Wochen, eintreten wird. Außerdem erschien mir die Euthanasie zum Beispiel bei solchen Patienten gerechtfertigt, die an Decubitus [sic] (Wundsein aufgrund Durchliegen) litten, zumal es uns an den erforderlichen Medikamenten, Verbandsmittel und Salben für sie fehlte. Ferner hielt ich die Euthanasie für gerechtfertigt bei solchen Patienten, wo sich die Krankheit in ihrem Endstadium befand. Ich meine damit Patienten, die vollkommen verblödet waren, ihren Kot aßen oder ähnliches anstellten und somit ständig bewacht werden mussten. Nicht gebilligt dagegen habe ich die Tötungen bei solchen Patienten, die Zwischen [sic] den einzelnen Schüben vollkommen klar waren und bei solchen, wo ich meinte, daß eine Besserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden konnte. Dieses sind die Fälle, die ich meinte, als ich davon sprach, ich hätte in Gewissenskonflikten gestanden.“ (Vns. I, Erdmann, S. 14 f.)

Was hier geschieht, kann nicht anders bewertet werden als die Idealisierung eigener Motive und die Herabwürdigung anderer. Man könnte fast schon von narzisstischen Tendenzen sprechen. Sie umschreibt äußerst konkret den Zustand, der ein weiteres Fortbestehen sicherte. Ihre Aufzählung pathologischer Merkmale wirkt anmaßend und zugleich fern von jedweder emphatischer Gesinnung. Erdmanns ‚euthanatische‘ Auslegung trifft den Tenor einer allgemeinen Gültigkeit. Sie überschreitet damit jegliche individuelle Empfindsamkeit und Bedürftigkeit. Dabei entmündigt sie die betroffene Person, indem sie ihr das Recht auf Leben aberkennt oder aber anerkennt.

Dieses Vorgehen lässt sich auch auf die gesellschaftliche Ebene übertragen. Die unterschiedlichen Motive führen letztlich zum selben Resultat. Auf der Makroebene der nationalsozialistischen Gesellschaft veranlasste das Streben nach einer stabilisierenden ‚Aufartung‘ des Deutschen Volkes, leistungsschwache Menschen im Rahmen der ‚Euthanasie‘-Programme zu töten. Ob dies mitunter auch ein Motiv Erdmanns war sei dahingestellt, da nicht auszuschließen ist, dass ihr das gesellschaftliche Anliegen verborgen geblieben sein könnte. Allerdings beschrieb Erdmann selbst ihre vermeintliche Sensibilität im Zuge des persönlichen Entscheidungsprozesses als Absättigung von Gewissenskonflikten. Sich selbst vor einer unrechtmäßigen Tat zu schützen, ist letztlich das übergeordnete Ziel. Das allein schon der Gedanke an eine Kategorisierung von ‚lebenswert‘ ein menschliches Unrecht bedeutete, erschloss sich ihr nicht. An keiner Stelle wird deutlich, dass sie sich in einen emphatisch-verbalen Austausch mit den Betroffenen begeben hat. Ihr eigenes inneres Aushandeln verkennt sie als ehrenwertes Motiv. Die Bedeutsamkeit dessen schwingt vor allem in dem Zitat mit, in dem sie die in ihren Augen scheinbare Bedingungslosigkeit beschreibt, die sie an Ratajczak wahrgenommen hätte.

„Nach meinem Empfinden war Ratajczek im Gegensatz zu mir großzügiger in der Auffassung, welche Patientinnen zu töten waren, und ich meine, daß sie bedingungslos der Dr. Wernicke folgte. Für mich ist jeder einzelne Fall der Tötung einer Patientin Anlaß gewesen, sehr ernst darüber nachzudenken, ob die Tötung angebracht ist oder nicht.“ (Vns. I, Erdmann, S. 7)

Erdmanns Gewissenskonflikt stellt sich ein, indem sie sich das Gute einverleibt, das Schlechte anderen zuspricht. Mit der Differenzierung des richtigen vom falschen Ideals unterstellte sie Ratajczak unmündiges Verhalten. Sie übte ablehnende Kritik in einer Situation, die eindeutig kritisch ihre Mitwirkung an der ‚Euthanasie‘ rekonstruierte.

Auch nach fast 20 Jahren sah sich Erdmann immer noch als einen Menschen, der im Sinne der ‚Euthanasie‘-Opfer dachte und handelte. Sie begriff sich als einen Gutmenschen, damals wie zu Zeiten der Vernehmung 1961.

Um das rebellische Element der eigenen Selektion abzuschließen, soll ein letztes Zitat aufgeführt werden.

„Wenn solche Menschen von den Ärzten nur unter Berücksichtigung ihres derzeitigen Gesundheitszustandes und der Prognose zur Tötung bestimmt wurden, so muß ich sagen, daß ich es schon damals als niederen Beweggrund empfand.“ (Vns. II, Erdmann, S. 23)

Erdmann meinte mit der Formulierung „[...] solche Menschen[...]“ jene, die „[...] ihr ganzes Leben über wert- und verdienstvolle Persönlichkeiten gewesen waren [...]“ (Vns. II, Erdmann, S. 22). Zum Ende der Vernehmung erweiterte sie damit ihre Kategorisierung und versah ihre Betrachtungen der Patientinnen mit dem ganzheitlichen Blick. Die Tragweite ihrer einseitigen Hinwendung von inhumaner Geste verblieb bis zum Ende der Vernehmung im Unbewussten.

Die anfänglich beschriebene Subversion des ‚Gewissensgrundes‘ Konfession wird erst zum Ende der Vernehmungsniederschrift fokussiert. Erdmann stellte in Bezug ihrer konfessionellen Bindung klar, dass das Modell der Kontemplation für eine aktive Beteiligung am Töten ihr Gewissen schwer belastete.

„Ich war und bin es noch heute ununterbrochen Angehöriger des ev. Glaubens. Auf Zwischenfrage muß ich sagen, daß ich grundsätzlich den gesamten ev. Glauben auch als den meinen bezeichne. Ich will damit sagen, daß mir das Gebot: ‚Du sollst nicht töten‘ selbstverständlich ist. Wenn ich doch Tötungen mit eigener Hand vornahm, so muß ich zugeben, daß ich damit gegen dieses Gebot verstieß. Wie ich aber in meinen Vernehmungen zum Ausdruck brachte, habe ich mich nicht etwa leichten Herzens über dieses Gebot hinweg gesetzt, sondern erst nach schweren inneren Kämpfen die Befehle ausgeführt.“ (Vns. II, Erdmann, S. 21)

Die vollkommene Versenkung in den evangelischen Glauben führte zu einer widersetzlichen Dichotomie ihrer pflichtbewussten Folgsamkeit. Das Gebot „Du sollst nicht töten.“ steht unvereinbar mit ihrer Identifikation des ‚Euthanasie‘-Gedankens auf der einen Seite, mit der ihr innewohnenden Position Befehle ausführen zu müssen, auf

der anderen Seite. Stets verwies sie auf die Schwere des Konfliktes. Ein Leichtes war es für Erdmann mit ihrer Religiosität den Status eines Opfers zu übernehmen. Sie korrigierte das

Profil einer ‚Täterin‘, wie es mit der Anklage zu verstehen ist, dahingehend, dass ihre Äußerungen menschliche Regungen zeigten. Nicht etwa „[...] leichten Herzens [...]“ konnte sie sich zu den Tötungen durchringen. Mit den „[...] inneren Kämpfen [...]“ machte sie sich die Opfer-Rolle zu eigen. Erstmals formulierte die Angeklagte, dass sie „[...] Tötungen mit eigener Hand vornahm [...]“. So soll ein weiteres abschließendes Zitat das Vorangegangene unterstreichen.

„Dabei wurde es mir klar, daß ich bei meiner Mitwirkung an der Tötung schwer gegen das göttliche Gesetz verstoße. Meine Schuld konnte nur dadurch gemildert sein, daß ich streng darauf vertraute, der Arzt werde sich nicht irren.“ (Vns. II, Erdmann, S. 22)

Diesen schuldhaften Verstoß erkannte sie in Verbindung mit ihrem Glauben an, doch in der außerspirituellen Realität gab es ihn nicht. Entweder richtete sie sich nach ihrer eigenen selektiven Kategorisierung oder ein Befehl, dem sie Irrtümlichkeit absprach, musste ausgeführt werden.

Die Klärung nach einer den Tötungen zugrunde liegenden Rechtmäßigkeit schien für Anna Gastler eine eher unwesentliche Rolle zu spielen. Die Aussagen charakterisieren sie vielmehr als Menschen, der in seiner beruflichen Ausübung seine Anerkennung fand.

Scheinbar gewissenlos fügte sie sich in das Geschehen der ‚Euthanasie‘ ein. So berichtete sie in ihrer Vernehmung:

„Von Elisabeth Schneider erfuhr ich einmal auf Frage, daß der Gauleiter Schwede-Coburg die Tötungen von Geisteskranken angeordnet hätte. Den genauen Zeitpunkt der Unterhaltung mit Schmidt kann ich heute nicht mehr sagen. Auf jeden Fall war es später einmal, also nicht vor dem ersten Fall meiner Mitwirkung.“ (Vns. I, Gastler, S. 24)

Kurz und knapp gibt sie zu verstehen, dass eine gesetzliche Absicherung nachrangig Priorität besaß. Die Aussage hinterlässt einen eher beiläufigen Eindruck und fügt sich in das hervortretende einfältige Gemüt ein. Ebendiese Impression belegt ein weiteres Zitat, welches aus der Frage resultierte, ob es sich nicht vielmehr, in Verbindung mit ihrer Parteizugehörigkeit, um eine erzwungene Beteiligung gehandelt hätte.

„Wie ich es auf Seite 5 dieser Vernehmung richtig und wahrheitsgemäß angegeben habe, habe ich mich nicht geweigert. Ich war der Überzeugung, daß ich als Beamtin im Staatsdienst verpflichtet war, jedes Verlangen des Staates auszuführen.“ (Vns. I, Gastler, S. 23)

Das umgehende Befolgen von Befehlen garantierte ihr in ausreichendem Maße Absicherung. Die grundständige Eigenschaft von handlungsweisenden äußeren Umständen führte zunächst dazu, einen eventuellen Gewissenskonflikt erst gar nicht aufkeimen zu lassen. In der Umkehrung ist zu vermuten, dass ihr inneres Gefüge unmittelbar Greifbares, wie es beispielsweise mit dem Pflichtbewusstsein assoziiert werden kann, für Gastler aktive eigenverantwortliche Selbstbestimmung bedeutete. In welchem Maße sie dabei ihren Pflichten nachging, lag in ihrer Verantwortung, in ihrem Ermessensspielraum. Je mehr sie den Pflichten nachkam, die über Befehle ausformuliert wurden, desto mehr formte sich ein Positivbild, welches unabhängig vom realen Tatbestand der Mitwirkung an Tötungen

expandierte. Dabei erreichte sie im Sinne des ‚Gewissensgrundes‘ Absicherung einen konfliktfreien Status. Zuträglich war zudem ihr Beharren auf wahrheitsgemäße Aussagen im Sinne der Pflichterfüllung. Die Zusammenarbeit mit Dr. Mootz beschreibt die nachstehende Aussage.

„So weiß ich noch, daß Dr. Mootz zur Siechenstation kam, als ich dort Tagesdienst hatte, und er fragte mich, wer wohl von den Patientinnen am schwächsten sei?

Wahrheitsgemäß bezeichnete ich ihm dann solche Patientinnen, die schon längere Zeit auf der Siechenstation lagen und die vielleicht benommen waren und sich ständig beschmutzten. Daraufhin, also nach meinem Bericht, sagte dann Dr. Mootz leise der Abteilungspflegerin etwas. Ich habe dann am nächsten Tag feststellen können, daß die von mir genannten Patientinnen in das Extrazimmer verlegt wurden. Auf Zwischenfrage erkläre ich, daß Dr. Mootz fast bei jeder Visite der Siechenstation mich in der gleichen Weise befragte, sofern ich dort Dienst hatte. Ich habe ihn in jedem Fall wahrheitsgemäß Bericht erstattet. Wenn also keine solchen Kranken auf der Siechenstation waren, dann habe ich ihm auch keine Patientin genannt. Waren dagegen solche schwerkranken Frauen vorhanden, so erstattete ich ihm in der oben geschilderten Weise den genauen Bericht über Zustand und Verhalten der Patientin. [...] Auch wenn mir gesagt wird, daß meine Aussage in rechtlicher Hinsicht sehr bedeutsam sein kann, halte ich das Gesagte aufrecht, weil es die Wahrheit ist.“ (Vns. I, Gastler, S. 10 f)

Gastler kann an dieser Stelle durchaus das Bewusstsein zugesprochen werden, welche Auswirkungen ihre Berichte für die jeweiligen Patientinnen hatten. Ihre Konsequenz in der Pflichterfüllung bedeutete für sie, dem ehrenwerten Motiv der Wahrheit zu folgen und berechtigte sie zudem dieses über die individuellen Bedürfnisse anderer zu stellen.

Interessant wird es schließlich in der weiterführenden Fragestellung hinsichtlich ihres Verständnisses von Rechtmäßigkeit. Die stete Folgsamkeit, mit der Gastler Ihren Beruf ausübte, wurde dahingehend hinterfragt, inwieweit sie weitere Verbrechen im Deckmantel ihrer ausführungsverpflichtenden Position beigegeben wäre. Dabei wurden andere Verbrechen wie Diebstahl, Meineid oder Raub angesprochen.

„Einen Bankraub oder einen Diebstahl hätte ich nicht ausgeführt, weil man so etwas nicht tut. Außerdem hätte ein Diebstahl nicht zu meinen Aufgaben gehört. Auf Zwischenfrage sage ich, daß ich einen Diebstahl nie begangen hätte. Ich weiß, daß man so etwas nicht tun darf. In der schlechten Zeit war ich Verkäuferin und ich hätte damals leicht Gelegenheit gehabt. Aber so etwas habe ich nie getan, weil ich einfach wußte, das darf man nicht tun. Schon als Kind hatte ich gelernt: Du darfst nicht stehlen!“ (Vns. I, Gastler, S. 23 f.)

Gastler differenzierte hier die verschiedenen Tatbestände nach Schweregrad. Augenscheinlich erkannte sie ein für sie nicht annehmbares verbrecherisches Motiv im Bankraub und Diebstahl. Mit der Formulierung der hinterfragten „[...] anderen Verbrechen [...]“ (Vns. I, Gastler, S. 23) implizierte sie nicht, dass ihre Beteiligung an den Tötungen ein schwerwiegenderes Verbrechen, oder überhaupt ein Verbrechen, darstellte.

In kindlicher Manier wiederholte sie, dass stehlen nicht erlaubt sei, mehr noch, selbst nach staatlicher Aufforderung wäre Gastler dieser nicht nachgekommen. An anderer Stelle sagte sie hingegen folgendes:

„Ich war der Überzeugung, daß ich als Beamtin im Staatsdienst verpflichtet war, jedes Verlangen des Staates auszuführen.“ (Vns. I, Gastler, S. 23)

Demnach wäre aus einer Anordnung zum Diebstahl kein Interessenkonflikt resultiert.

Im Laufe der Vernehmung treten vermehrt widersetzliche Aussagen auf, die ihre Einfältigkeit in dem zu Anfang beschriebenen Passus belegen und ihr gleichzeitig einen Mangel an Selbstreflexion unterstellen. Für Gastler existierte kein Gewissenskonflikt hinsichtlich der Absicherung und doch schien Verschwiegenheit über das Vorgehen notwendig zu sein. Auf die Frage, wer sie zur Beteiligung aufgefordert hätte, nannte Gastler zunächst einige Namen, darunter auch Erdmann. Weiter führte sie aus:

„[...] daß ich mich nicht erinnern kann, daß ich selbst einmal eine jüngere Schwester herbeiholte, damit sie mir helfen solle. Wir haben absichtlich die jüngeren Pflegerinnen nicht zur Mithilfe bei den Tötungen herangezogen, weil wir befürchteten, daß die den Mund nicht halten könnten.“ (Vns. I, Gastler, S. 14 f.)

Nun stellte die Veröffentlichung des Tötungsvorganges eine Gefahr dar, die es einzudämmen galt. Der Ausspruch „[...] wir befürchteten [...]“ geht einher mit sorgenvollen Bedenken und verliert die Unbeschwertheit, die Gastler zuvor noch propagierte. Es wirft die Frage auf, ob sich Gastler wirklich mit konfliktfreien Gewissen der Rechtmäßigkeit sicher war.

Jene Unsicherheit spiegelt sich auch in den Aussagen wieder, die identifizierende Merkmale enthalten. Dabei bewegte sich ihre Identifikation auf zwei Ebenen. Gastler verstand sich trotz der aktiven Beteiligung als Gegnerin des Tötungsvorganges. Im gesamten Verlauf der Vernehmungsniederschrift verwendete sie in ihren Handlungsbeschreibungen stets das Verb müssen (vgl. Vns. I, Gastler, S. 2). In der Bedeutung geht es mit einer Pflicht einher, mit der Notwendigkeit etwas Bestimmtes, sei es auch etwas Widerstrebendes, zu tun. Ebendieses betont sie im anschließenden Zitat.

„Obgleich ich eine ältere Pflegerin war, war mir keine feste Station zugeteilt, sondern ich mußte den Dienst einer Nebenpflegerin verrichten. In diesem Zusammenhang möchte ich betonen, daß ich alle Arbeiten erledigen mußte, von denen andere Schwestern, wie beispielsweise Elgert, im allgemeinen verschont waren. So mußte ich auch u. a. Die Leichen fortschaffen. Dieses war für mich eine der schlimmsten Arbeiten.“ (Vns. I, Gastler, S. 2)

Äußere Umstände verantwortete Gastler für ihre Beteiligung. Als Nebenpflegerin musste ein bestimmtes Aufgabenfeld von ihr abgedeckt werden, irrelevant, ob es angenehm war oder nicht. Die Verwendung des Begriffs ‚verschont‘ lässt vermuten, dass es durchaus eine Bürde für sie darstellte. Ebendiese Last, zusammen mit dem häufigen Auftreten von müssen, birgt ein gewisses Maß an erzwungener Beteiligung.

Gerade letztere Bedeutung wurde bereits zu Anfang angeführt. Die folgende eindeutige Aussage greift zugleich ihre uneindeutige Positionierung auf.

„Ich erkläre hiermit ausdrücklich, daß ich von niemandem zur Mitwirkung gezwungen wurde.“ (Vns. I, Gastler, S. 23)

Wenn nun niemand in Persona sie unter Druck gesetzt hatte, etwas zu tun, dass ihr im Grunde widerstrebte, konnte nur der Aspekt ihres Beamtenstatus dazu geführt haben.

„Mein Bestreben war es, dort wo ich hingestellt wurde, den mir übertragenen Auftrag voll und ganz auszuführen. Wenn ich mich geweigert hätte, bei der Tötung von Patientinnen mitzuwirken, so hätte man mich weitergeschoben. Ich wäre also innerhalb der Anstalt auf irgendeinen anderen unbedeutenden Posten abgeschoben worden. [...] Ich bin der Meinung, daß ein Widerstand meinerseits oder die Weigerung, an den Tötungen mitzuwirken, als eine Dienstverweigerung angesehen worden wäre. Meiner Ansicht nach war es damals üblich, daß diejenigen, die den Dienst verweigerten in ein KZ eingewiesen wurden. [...] Von einer Einweisung in ein KZ wurde so allgemein gesprochen.“ (Vns. I, Gastler, S. 5)

So ist die Identifikation Gastlers weniger im Sinne der ‚Euthanasie‘ aufzufassen.

Vielmehr hatte sie sich die berufliche Mentalität in dem Maße einverleibt, dass das Ausführen von Anordnungen völlig unabhängig vom ‚euthanatischen‘ Geschehen verpflichtende Handlungen nach sich zog. Die Figur Gastler versinnbildlichte die ideale nationalsozialistische Schwester, wie sie im dritten Kapitel skizziert wurde. Es erscheint folglich unwesentlich, welche Anforderungen an sie gestellt worden wären. Sie begriff sich als jederzeit bereit, den an sie gerichteten Auftrag entsprechend ihrer beruflichen Identifikation zu erfüllen. Ihre ganze Persönlichkeit definierte sich über das berufliche Dasein. So ist es nur verständlich, dass die Formulierung „[...] auf irgendeinen anderen unbedeutenden Posten abgeschoben [...]“ zu werden als unerwünschtes Produkt eines Widerstandes herausgestellt wurde.

Irreführend wird es allerdings an der Stelle, an der Gastler ihre Bekanntschaft zu Erdmann näher beschrieb. Der folgende Auszug erscheint nun recht ambivalent zu sein.

„Ich bin der Ansicht, daß Erdmann nur deshalb Oberpflegerin wurde, weil sie sich bereit gezeigt hatte, im Rahmen der Tötungsaktion mitzuwirken. Während wir früher beide recht gut miteinander ausgekommen waren, war das Verhältnis zwischen uns beiden nach ihrer Beförderung nicht mehr so gut. Auf jeden Fall fühlte ich mich mit ihr nicht so verbunden, daß ich mit ihr über das Problem der Tötungen und unsere Mitwirkung sprechen konnte. Um meine Ansicht noch zu unterstreichen, möchte ich sagen, daß mir der Verwaltungsdirektor Grabowski außerordentlich unsympathisch war und andererseits Erdmann mit ihm sehr eng zusammenarbeitete. [...] Wegen unserer früheren guten Bekanntschaft kam Erdmann einmal an meinem Geburtstag zu mir mit unserer Tätigkeit sicher noch einmal ins Loch kämen. Außerdem machte ich noch eine abträgliche Bemerkung über Grabowski. Hierauf sagte mir Erdmann spontan, ich sollte solche Bemerkungen unterlassen, andernfalls werde sie mich sofort Grabowski melden.“ (Vns. I, Gastler, S. 4)

Ihr untergeordneter Gehorsam, bewusst und bedingungslos, war Gastlers identifizierender Quell. Nun jedoch richtete sie ihr Augenmerk eher missgünstig auf Erdmanns Bereitschaft zur

Mitwirkung. Die Folgsamkeit wird ins negative umgekehrt. Unerwartet ergaben sich Zweifel gegenüber dem Motiv ihrer Handlungen, es wurde zum Problem deklariert. Der versuchte Austausch mit Erdmann versteht sich als aufbegehrendes Moment, in dessen ihr die Fragilität ihrer Position bewusst gemacht wird.

Gastlers Begründung für ihre Mitwirkung an der ‚Euthanasie‘ war neben dem verpflichtenden Gehorsam auch eine mildtätige Hinwendung im Sinne der Subkategorie Mitleid. Folgende Aussage lässt sich im weitesten Sinne als eigene gedankliche Selektion anführen.

„Andererseits habe ich im Laufe meiner Tätigkeit besonders auf den Siechenstationen furchtbares Elend gesehen und die einzelnen Krankheitszustände bis zum Endstadium kennengelernt. Aus dieser Kenntnis heraus habe ich es in den schwersten Fällen für eine Gnade und Erleichterung angesehen, wenn Tötungen vorgenommen wurden.“ (Vns. I, Gastler, S. 6)

Trotz des zuvor konstatierten Widerstandes entwickelte sich aus einem nicht zu vertretendem Problem verständnisummantelnde Bereitschaft. Dieses Fürsprechen hinterlässt allerdings nicht den Eindruck, sich für „[...] Gnade und Erleichterung [...]“ Betroffener einzusetzen, sondern im wesentlichen ihr selbst zuteil werden zu lassen.

Unerträgliches und „[...] furchtbares Elend [...]“ setzte unmittelbares Handeln voraus, um sich vor derartigen Anblicken zu schützen. Die Selektion begründete sie zwar nicht mit ihrem christlichen Glauben, doch mit christlichen Begrifflichkeiten. Die konfessionelle Bindung verdeutlicht als einziger ‚Gewissensgrund‘ einen bestehenden Gewissenskonflikt, der nachfolgend ersichtlich wird.

„Nicht nur heute oder in den letzten Jahren habe ich ein schweres Schuldgefühl empfunden, sondern auch damals, als ich bei den Tötungen mitwirkte, bin ich oft auf die Knie gesunken und habe gebetet: Vater ist das richtig, was ich tue? Weiterhin kann ich beweisen, daß ich schon seinerzeit schwere Schuld empfand, denn ich sagte zu meinem Geburtstag zu Erdmann, ‚Wenn wir dafür nicht eines Tages ins Loch kommen‘.“ (Vns. I, Gastler, S. 25)

Der Glaube durchzog ihre Persönlichkeit, unabhängig von ihrer beruflichen Identifikation, und erwirkte die Anerkennung eines Schuldempfindens. Der Verstoß gegen die Gebote war ihr stets bewusst und belastete sie scheinbar schwer, denn so wie das rechtliche Ordnungsprinzip eingehalten werden musste, so oblag ihrer Verantwortung auch das Einhalten religiöser Gesetze. Abschließend räumte Gastler ein, dass ihr die Widersetzlichkeit in der Argumentation bewusst ist und ihr letztlich keine klar abgegrenzte Positionierung möglich sei.

„Es ist mir nicht möglich eine Antwort auf die Frage zu geben, weshalb ich doch bei den Tötungen mitwirkte, obgleich ich die Gebote kannte und auch entsprechend erzogen worden war.“ (Vns. I, Gastler, S. 25)

Festzuhalten sei zusammenfassend, dass Gastler sowie Erdmann Frauen waren, die zwar ihre Ausbildung zur Schwester noch zu Zeiten der Weimarer Republik absolvierten, die

Darstellung der Personen Gastler und Erdmann in den vorliegenden Vernehmungsniederschriften allerdings das Berufsethos entsprechend den nationalsozialistischen Vorstellungen ausübten.

Der Beruf der Pflegerin war scheinbar ein bedeutendes Element für Gastlers Identitätsfindung. Sie fügte sich in die gegebenen Strukturen und hielt sich strikt sowohl an deren Bedingungen als auch an ihre selbst auferlegten Gesetzmäßigkeiten. Mit stoischer Gelassenheit bettete sie sich in ihre berufliche Identifikation, dabei diente ihr die Kontinuität ihrer Arbeitsmoral zur Sicherung des Status Quo. Erdmanns identifizierendes Merkmal war vielmehr ihre ideologische Auslegung von ‚Euthanasie‘.

Mildtätigkeit und Gnade waltende Macht schienen der Antrieb für ihr Handeln zu sein.

Zu keiner Zeit wurde deutlich, dass sich weder Gastler noch Erdmann dem ideologischen Hintergrund des nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘-Gedankens bewusst waren. Die marginal auftretenden Gewissenskonflikte in den Vernehmungsniederschriften von Gastler belegen, dass sie sich mit ihrer eigenen Person dem Unrechtsgedanken unterwarf. Hingegen wurde nicht ersichtlich, inwieweit sie den ‚Euthanasie‘-Betroffenen ein bestehendes Unrecht zugestand. Grundsätzlich lassen sich keine Belege für die gedankliche oder sogar aktiv mitfühlende Hinwendung zu den Betroffenen finden. Angst und Fluchtgedanken der Patientinnen lastete Gastler allein deren Erkrankungen an (vgl. Vns. I, Gastler, S. 14). Die destillierenden Wesenszüge können als hinnehmend, widerstandslos und anerkennungsbedürftig bezeichnet werden.

Ihr Gehorsam ließ keine wirkliche Mildtätigkeit zu.

Nach und nach decken die von Erdmann hervorgebrachten mildernden Umstände die widersetzliche Struktur aller angeführten ‚Gewissensgründe‘ auf. Ihre Gewissenskonflikte bedienen sich emotionaler wie alltäglicher Phänomene. So sprach sie im Zuge ihrer emotionalen Intelligenz von ihrem ‚Empfinden‘ (Vns. I, Erdmann, S. 5), ihrem ‚Herzen‘ (Vns. II, Erdmann, S. 21) und die stets sich wiederholende Formulierung „[...] schwere innere Kämpfe [...]“ (ebd.). Die Augenblicke, in denen die Angeklagte ihr rechtmäßiges Pflichtbewusstsein hervorbrachte, stehen konträr zur Tyrannei, die die Konfession und die eigene gedankliche Selektion hervorrief. Der Moment in dem einer Person verpflichtend die Verantwortung übertragen wird und dabei Gewissenskonflikte bei der zu übernehmenden Handlung entstehen, wird hier als das alltägliche Phänomen bezeichnet.

Erdmanns Bereitschaft zum Töten war unabhängig von gesetzlichen Rahmenbedingungen, da ihr scheinbar edles Motiv der Erlösung einen eventuell aufkeimenden Unrechtsgedanken fern hielt.

Für Gastler schien es zunächst nicht einmal zwingend notwendig zu sein, sich mit der Frage nach einer gesetzlichen Rechtmäßigkeit auseinander zu setzen. Eher beiläufig erfährt man von einer Unterhaltung, die den Gauleiter Schwede-Coburg zur Anordnungs-Verantwortung heranzog (vgl. Vns. I, Gastler, S. 24). Ihr edles Motiv hinsichtlich der Absicherung war, der Wahrheit zu folgen, unabhängig welche Auswirkungen diese hervorbrachte.

Beide Angeklagte waren seit ihrer Kindheit Angehörige des evangelischen Glaubens, beiden waren die Gebote von jeher einverleibt, beide handelten bewusst entgegen der religiösen Gesetzmäßigkeit. Und doch unterschieden sie sich in ihren Beweggründen.

Während Erdmann mit christlicher Begrifflichkeit und autoritärer Zustimmung ihr Tod bringendes Handeln guthieß, war die konfessionelle Bindung für Gastler hingegen eher konfliktfördernd und erstmalig mit Schuldempfinden belastet.

Allein Erdmann ist eine eindeutige eigene gedankliche Selektion zuzuschreiben, die ihre emotionale Auseinandersetzung augenscheinlich positiv bewerten soll. Ihre Differenzierung stellte sie sogar über die ärztlichen Anordnungen. Gastler hingegen führte zwar eine ebensolche Selektion aus, jedoch ist diese vielmehr als wahrheitsgetreue Angabe gegenüber der ärztlichen Autorität von Gesundheits- und Krankheitszuständen der Patientinnen zu verstehen.

Resümee: Die Subkategorien und ihre Korrelationen zur Erklärung von Selbstschutz

Nach analytischer Betrachtung der drei Subkategorien Mitleid, Hierarchie und Gewissenskonflikte unter dem Aspekt des Selbstschutzes, kann an dieser Stelle anhand der Rekonstruktion von Verknüpfungen eine Annäherung an die vorangegangene These vorgenommen werden. Vorangestellt sei gesagt, dass Selbstschutz für die Autoren ein Abwehrmechanismus darstellt, welcher dem natürlichen Sicherheitsbedürfnis der eigenen Person Rechnung trägt. Sich vor negativen Einflüssen zu schützen, dient vorrangig der Erhaltung eines stabilen Welt- und Selbstbildes. Die Vermeidung einer Konfrontation mit der Wirklichkeit verschleiert gegebene Tatsachen und begünstigt eine unkritische Anpassung an bestehende Verhältnisse.

Hinter der Fassade der eingeführten Subkategorien offenbart sich nach und nach eine Verzahnung der einzelnen Analysestränge, die im kausalen Zusammenhang mit der Suprakategorie Selbstschutz stehen. Zwei dieser prägnanten Verknüpfungen sollen nachfolgend exemplarisch angeführt werden.

Die in der Subkategorie Mitleid beschriebenen Begriffe ‚Gnade‘ (Vns. I, Gastler, S. 6) und ‚Erlösung‘ (Vns. II, Erdmann, S. 22) mit ihrer christlichen Interpretation können in Verbindung zur Subkategorie Gewissenskonflikte und den konfessionellen Erklärungsmustern als eine doppelmoralische Auslegung des christlichen Glaubens verstanden werden. Zum einen verharmlosen die Begriffe ‚Gnade‘ und ‚Erlösung‘ (ebd.) die Tötungen von Menschen, was die Interpretation zulässt, dass Tötungen an sich mit dem christlichen Glauben begründet werden. Auf der anderen Seite wird die konfessionelle Bindung genutzt, um die eigene Person als ein moralisch-handelndes Objekt darzustellen, welche aufgrund der Zugehörigkeit zur evangelischen Kirche ihre Taten sorgsam bedenkt.

Die zweite Verbindung zeigt sich in den Subkategorien Hierarchie und Gewissenskonflikte.

Das äußerliche Bewahren einer Fassade im Sinne des Pflichtbewusstseins kann widerstrebende Gefühlsregungen hervorbringen. Die separate Betrachtung des

Analysestranges Pflichtbewusstsein ergibt zunächst eine klar abgegrenzte Position bei den Angeklagten. Das Bewusstsein einer Pflicht nachgehen zu wollen, hat stets eine verbindliche Handlung zur Folge. Nimmt das Pflichtbewusstsein überhand, untergräbt es moralische Normstrukturen, sodass eventuell aufkeimende Gewissenskonflikte nicht mehr zu einer homogenen Eigenregulierung beitragen können. Wird hingegen ein weiterer Blickwinkel herangezogen, ist ein Aufweichen in der Argumentationslinie erkennbar. Im nationalsozialistischen Gefüge löste das bedingungslose Pflichtbewusstsein mit zunehmender Vernachlässigung einen Gewissenskonflikt aus, der den gesellschaftlichen Nutzwert von pflichterfüllenden Identitäten maßgeblich berührte. Die Entscheidung, inwieweit die Frauen ihren Pflichten nachkamen, wirkte auf diese identitätsstiftend. Gastlers Pflichtbewusstsein befeuerte ihre berufliche Identifikation, wohingegen Erdmanns pflichterfüllende Handlungen mit der Identifikation des ‚euthanatischen‘ Geschehens konvenierte. Eine entgegengesetzte Betrachtung zeigt, dass die von Erdmann eingeholte Bestätigung hinsichtlich einer gesetzlichen Absicherung, den Schutz pflichtbewusst zu agieren nach sich zog. Gastler hingegen fand ihre Absicherung im Beamtenstatus, sodass die Position, im Dienste des Staates zu sein, ihr Pflichtbewusstsein tonangebend dirigierte.

Die Korrelation der Argumentationslinien Pflichtbewusstsein und Konfession zeigt am deutlichsten widersprüchliche Abhängigkeit zur Identifikation. Beiden Frauen waren die Gebotsnormen ihrer konfessionellen Bindung bewusst, ebenso ihr widersetzliches Verhalten im Zuge der Tötungshandlungen. Der daraus resultierende Gewissenskonflikt beruflicher sowie religiös gebundener Pflichterfüllung gleichermaßen gerecht zu werden, regulierten Gastler und Erdmann in unterschiedlicher Manier. Für ihre vollkommene berufliche Identifikation minderte Gastler die religiösen Gesetzmäßigkeiten herab. Sie differenzierte Gebote, die ihr in ihrer beruflichen Laufbahn hilfreich erschienen, von denen, die weniger nutzbringend gewesen wären. Ihre berufliche Qualifikation ersuchte sie stets aufrecht zu erhalten, zu schützen. Erdmann hingegen legte religiöse Elemente besonders großzügig aus, um sowohl ihr Pflichtbewusstsein als auch ihre Identifikation mit der ‚Euthanasie‘ zu rechtfertigen.

Es wurde an verschiedenen Argumentationslinien der Wirkungszusammenhang erläutert und dabei auf das übergeordnete Ziel des Selbstschutzes hingewiesen. Zu jeder Zeit beeinflusste der Gedanke an Stabilität und Sicherheit das Handeln der Angeklagten.

4.3.2 Gegenüberstellung von den Ergebnissen der diskursanalytischen Betrachtung und derer aus der studentischen Projektarbeit unter dem Titel „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“

Der nun folgende letzte Abschnitt des vierten Kapitels soll mithilfe der Publikation einer Projektgruppe, die den Titel „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ trägt, den Blick auf das gesamte Anstaltsgeschehen nochmals erweitern. Da die Studierenden der Pflegewissenschaft in Kooperation mit Hilde Steppe und Eva-Maria Ulmer eine andere Methode zur Analyse der Vernehmungsniederschriften gewählt haben, erschien es anfänglich sinnvoll auch diese Erkenntnisse im Gesamtkontext zu berücksichtigen. Die Bearbeitung des Diskursmaterials und die sich anschließende diskursanalytische Betrachtung stellten den Nutzen des Werkes für diese Arbeit jedoch zunehmend in Frage. Damit impliziert diese Aussage keine qualitative Wertung, vielmehr wurde mit Fortschreiten der Erarbeitung sichtbar, dass sich die Deutungen einzelner Zitate ähneln oder aber die Nachvollziehbarkeit in der Argumentation der Projektgruppe nicht eindeutig erscheint.

Nichtsdestotrotz betrachtet die Projektgruppe um Steppe einige Themen weiterführend und nutzt für die Analyse andere Kategorien als es die vorgelegte Arbeit tut, deswegen sollen exemplarisch einige Ergebnisse aufgeführt werden. Bewusst verzichtet wird dabei auf Aussagen zur Bestätigung ähnlich analysierter Zitate, stattdessen wird das veränderte Vorgehen der Projektgruppe als weitere zielführende Methode benannt.

Bisher unerwähnte Erkenntnisse werden außerdem in diesem Unterkapitel eingearbeitet.

Grundlage für die studentische Projektarbeit waren gleichermaßen die Vernehmungsniederschriften der angeklagten Schwestern Luise Erdmann und Anna Gastler. Das Buch bezieht zusätzlich Aussagen einer dritten Angeklagten ein: Margarethe Tunkowski. Das Material, welches innerhalb der Dokumentationsstelle der Fachhochschule Frankfurt zur Verfügung stand, wurde innerhalb der Projektgruppe nach historisch hermeneutischer Methode ausgewertet (vgl. Schädle-Deininger, 2001, S. 7).

Außerdem wurden in Anlehnung an Mayrings Verfahren zur qualitativen Inhaltsanalyse Kategorien gebildet, um die Aussagen der angeklagten Schwestern zu strukturieren (vgl. Steppe & Ulmer, 2001, S. 18). Daraus resultierten für die Studierenden folgende Kategorien:

- „Auswahl der PatientInnen“ (Ewert et al., 2001, S. 21)
- „Biographie“ (gemeint ist hier die Biographie der Angeklagten) (ebd., S. 51)
- „Erleben und Gefühle“ (ebd., S. 55).

Aus diesen vergleichsweise großen, weit gefassten Kategorien wurden zahlreiche Unterkategorien abgeleitet, die sich in Teilen auch in der diskursanalytischen Betrachtung dieser Arbeit wiederfinden. Beispielsweise werden in der Kategorie Erleben und Gefühle Aussagen zur Rechtssicherheit der Pflegenden bezüglich ihres Handelns getroffen, ein Punkt, der auch Gegenstand der oben durchgeführten diskursanalytischen Betrachtung ist. Dennoch

lassen sich viele vorgenommene Subkategorien und Differenzierungen der Studierenden nicht mit denen dieser Arbeit übereinbringen. Nicht zuletzt ist dies dem unterschiedlichen methodischen Vorgehen geschuldet. Einige Aspekte wie Macht, welche sich mittels der diskursanalytischen Perspektive erst in der Interpretation herausgebildet haben, werden bei der Projektgruppe bereits vorweg als Unterkategorie angenommen (vgl. ebd., S. 57).

Hinsichtlich der Forschungsfragen beider Analysen differieren diese zwar im Wortlaut, der enthaltene Kontext jedoch, die Frage nach den leitenden Motiven bzw. der Tötung als ideologisch gestützte Handlung stimmen überein (vgl. Schädle-Deininger, 2001, S. 8). Das zu Beginn des Werkes geäußerte Zukunftsziel wird sich dem Leser in dieser Arbeit erst mit Abschluss des fünften Kapitels erschließen. Die Projektgruppe um Steppe bringt das Anliegen ihres Buches bereits in den Anfangsseiten hervor. Hier wird gefordert, dass zukünftig „[...] eigenverantwortliches Handeln und die damit verbundene Verantwortung [...]“ (ebd., S. 13) in den Fokus der Professionalisierungsbestrebungen rücken müssen (vgl. ebd.).

Nachdem vorstehend Vorgehen und Aufbau der zu vergleichenden Publikation formuliert wurden, sollen nun einige inhaltliche Aussagen aus den Beiträgen der Studierenden zum Tragen kommen, die bisher in Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit keine Erwähnung gefunden haben.

Ein wichtiges Thema, welches die Projektgruppe aufgreift, ist der Status der Patienten und Patientinnen unter dem Gesichtspunkt der Diagnose. Zwar wird in der diskursiven Abhandlung festgestellt, dass die Ärzte ihre Gutachten augenscheinlich an fundierten Kriterien festmachten, die Projektgruppe geht jedoch noch einen Schritt weiter und konstatiert, dass die medizinische Diagnose nicht nur willkürlich erstellt war, sondern letztlich auch über Leben und Tod der Patienten entschieden hat (vgl. Keßler, 2001, S. 30 f.). Dahingehend werden die Vernehmungsniederschriften auf genannte Diagnosen gesichtet, mit der Erkenntnis, dass nahezu keine eindeutigen Diagnosen benannt werden bzw. die beschriebenen Symptome bei den Patienten und Patientinnen lediglich für ‚pseudowissenschaftlich[e, d. Verf.]‘ (Keßler, 2001, S. 27) Diagnosen ausreichend sein konnten. Dieser Aspekt befeuert zusätzlich die Frage, ob die Tötungen von den Schwestern somit noch mit dem ‚Erlösungs‘-Gedanken zu rechtfertigen waren, denn es fand vorwiegend eine Zuschreibung von Wesenszügen statt, welche von den Schwestern als lästig empfunden wurden. Darin lässt sich jedoch keine Diagnosestellung begründen. Für die Thematik Diagnose beschließt die Projektgruppe, dass diese keine therapeutische Bedeutung besaß, sondern vielmehr als Diskriminierung, Herabsetzung und Entwürdigung verstanden werden kann (vgl. ebd., S. 31).

Einen weiteren Blickwinkel, den die Projektgruppe in ihren Aussagen integriert, ist die Zustandsbeschreibung der Patienten und Patientinnen. Am Rande erfolgt dies auch in der vorliegenden Arbeit. In der Publikation wird jedoch noch ein weiterer interessanter Aspekt hervorgebracht. Innerhalb der Vernehmungsniederschriften finden sich kaum konkrete Beschreibungen von Patienten und Patientinnen, dementsprechend gibt es keine differenzierten krankheitsbezogenen Einzelbetrachtungen, sondern pauschale

Beschreibungen von Patientengruppen (vgl. Löhr-Stankowski, 2001, S. 39 f.). Trotz der konkreten und detaillierten Erinnerungen der angeklagten Schwestern lassen sich also wenige Beispiele zu individuellen Patientensituationen auffinden. Ursächlich dafür könnte ein bewusstes Aufrechterhalten von Nähe und Distanz seitens der Schwestern gewesen sein. Das An-sich-Heranlassen von Einzelschicksalen hätte im Zweifelsfall zu neuerlichen Gewissenskonflikten führen können. Mit der Aufrechterhaltung einer Beziehung auf Distanz konnte das Geschehen auf einer Ebene vorbewusster Inhalte gehalten werden.

Ein weiterer von der Projektgruppe berücksichtigter Faktor wird mit der Ökonomie angesprochen. Tatsächlich rechtfertigte Gastler die Gaben von Luftinjektionen auch mit der ökonomischen Perspektive. Kapitel 4 hat bereits die Vorgehensweise für die Verteilung der Medikamente auf die Anstalten beschrieben, Engpässe waren durchaus üblich. Somit fand nicht nur die Tötung von ‚Ballastexistenzen‘ aus ökonomischen Gründen statt, auch der Tötungsvorgang selbst, wurde noch von ökonomischen Gegebenheiten bestimmt (vgl. Löhr-Stankowski, 2001, S. 41).

Ähnlich dem Anliegen dieser Arbeit, schenkt die Projektgruppe der Betrachtung von Verantwortung eine große Aufmerksamkeit. Als Maßstab für Verantwortung wird, wie in dieser Arbeit, eine zeitgenössische Definition der Begrifflichkeit aus dem Brockhaus von 1934 entnommen. Verschiedene Ebenen von Verantwortung werden von der Projektgruppe mit Zitaten aus den Vernehmungsniederschriften belegt und interpretiert.

Beide Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass Verantwortung von den Schwestern geleugnet wird. Die in dieser Arbeit gewählten Subkategorien mit ihrer Suprakategorie Selbstschutz unterstellen eine Regelmäßigkeit in der Leugnung von Verantwortung. In der Projektarbeit heißt es „Hier beriefen sie sich auf die Anordnungsgewalt der Ärzte und auf ihre Pflicht als Pflegerinnen und Beamtinnen, diese Anordnungen auszuüben.“ (Spahn, 2001, S. 75).

Zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen die Arbeiten allerdings bei der Frage, inwiefern die Protagonistinnen sich bewusst dazu entschieden haben, an den Morden teilzunehmen. Die Projektgruppe stellt die These auf, dass eine bewusste Entscheidung nicht stattgefunden hätte, so heißt es: „Die Frauen entschieden sich nicht für oder gegen die Ermordung von PatientInnen. Mit der Entscheidung, sich nicht zu verweigern entschieden sie sich für ihre persönlichen Ziele.“ (ebd.). In den vorhergegangenen Kapiteln wurde dargelegt, dass sich teilweise durchaus bewusst dazu entschieden wurde an den Morden teilzunehmen. So spricht Erdmann von der Überzeugung, dass Tötungen zum Teil gerechtfertigt gewesen wären (vgl. Vns. I, Erdmann, S. 7). In der Subkategorie Gewissenskonflikte zeigt sich beispielweise, dass sich die Krankenschwestern durchaus als mündige Subjekte darstellen, die sich somit auch bewusst für ihre Taten entschieden.

Spahn (vgl. 2001, S. 73) reproduziert an einer Stelle sogar das Erklärungsmuster der Subkategorie Hierarchie.

„Keiner der drei Frauen sprach darüber, daß sie sich bewußt für die Beteiligung an der Aktion entschieden hatten. Auch wurden sie nicht offiziell befragt, ob sie an der Ermordung

mitwirken wollten. [...] Damit waren sie von der Notwendigkeit entbunden, bewußt Ja zu sagen. Umgekehrt nahmen ihnen die Vorgesetzten [sic] aber auch die Chance, bewußt Nein zu sagen.“ (Spahn, 2001, S. 73)

Die vorliegende Arbeit legt dar, dass durchaus die Chance bestand, eine verweigernde Haltung einzunehmen. Beispielhaft lässt sich der Fall der Pflegerin Wieczorek nennen (siehe S. 92). Abschließend heißt es in der Arbeit der Projektgruppe: „Die Pflegerinnen haben die Tötungen von PatientInnen nicht in Zweifel gezogen und damit auch keinen Entscheidungsspielraum für sich in Anspruch genommen.“ (Asgarian, 2001, S. 100).

Die Deutungen in der Subkategorie Gewissenskonflikte zeichnen dagegen ein anderes Bild, Zweifel waren demnach durchaus vorhanden.

Nicht nur an den genannten Stellen wird deutlich, dass beide Arbeiten zum Teil divergierende Schlussfolgerungen aufweisen. Das vergleichende Resümieren soll weder Ergebnisse der Projektgruppe anzweifeln noch dessen Deutungen herabwürdigen, vielmehr stellt sich die nachhaltige Relevanz einer diskursiven Betrachtung heraus sowie dessen komplexe methodologische Strukturen. Wenn man davon ausgeht, dass sich einer Wahrheit nur angenähert werden kann, lässt sich vermuten, dass diese hinsichtlich der Thematik auf einem Kontinuum liegt. Die dargestellten Interpretationen sollen daher weiterhin als diskursives Element verstanden werden. Einen Anspruch auf Endgültigkeit soll und kann an dieser Stelle nicht geleistet werden.

5. Die historische Entwicklung der Krankenpflege nach 1945

Das fünfte Kapitel der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit den Geschehnissen in der Krankenpflege nach der Zerschlagung der NS-Diktatur. Nachdem das vierte Kapitel verdeutlichen konnte, wie die Berufsgruppe in politische Strukturen eingebunden und dort für die Umsetzung ideologischer Ziele eingesetzt wurde, soll nun aufgezeigt werden, wie sich die Pflege in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wandelte.

Nachdem die langjährige Disziplinierung und politische Indoktrination der Pflegenden als Erklärung für deren Beteiligung an Tötungen unschuldiger Menschen dienen konnte, galt es nun, strukturelle Veränderungen vorzunehmen, um das Selbstbild der Pflege zu erneuern. Dabei zeigt sich, dass die Professionalisierung des Berufes nach Kriegsende einige frühere Bestrebungen wieder aufnahm.

Daher soll der nachfolgende Überblick mit dem Mythos der Pflegearbeit als Berufung, wie er in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch verbreitet war, aufräumen und wichtige historische Geschehnisse nachzeichnen, die die Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes vorangetrieben haben. Schließlich sollen in einem letzten Schritt gegenwärtige Themen und Problematiken des Berufsfeldes aufgezeigt werden. Dies erscheint besonders notwendig, um festzustellen, wie sich die Pflege in der derzeitigen Gesellschaft positioniert und welchen Herausforderungen die Berufsgruppe nunmehr gegenüber steht. Beispielhaft für aktuelle Themenfelder werden die Bereiche Arbeitsorganisation, Ethik und Qualität in der Pflege, sowie die noch anhaltenden Professionalisierungsbestrebungen des Berufszweiges ausgeführt. Mit dem Bewusstsein, dass es sich hierbei um überaus umfangreiche pflegerische Gebiete handelt, werden die Autorinnen und der Autor eine Eingrenzung im Sinne der dritten Forschungsfrage sowie mit Bezug auf das übergreifende Thema der Arbeit vornehmen.

Um den roten Faden aus der vorangegangenen Analyse aufzunehmen, wird der Fürsorge-Aspekt an dieser Stelle ein letztes Mal aufgegriffen, um die unterschiedlichen Interpretationen des Begriffes in den einzelnen Zeitabschnitten vergleichend gegenüberzustellen.

Erste Veränderungen nach dem Ende des Dritten Reiches

Nachdem das Deutsche Reich von den Alliierten in vier Besatzungszonen eingeteilt worden war, begann für die Pflege ein neuer berufsgeschichtlicher Abschnitt. Der Berufszweig entwickelte sich im nunmehr zerstückelten Deutschland unter der Führung von Großbritannien, Frankreich, der USA und der Sowjetunion unterschiedlich schnell und stark (Wolff & Wolff, 1994, S. 222). Die Auswirkungen werden in der unterschiedlichen Organisation der pflegerischen Arbeit innerhalb der Besatzungszonen sichtbar.

Wesentlich für die unmittelbare Nachkriegszeit waren die von den Alliierten angestoßenen ‚Entnazifizierungsmaßnahmen‘ (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 207) (vgl. ebd.). Das

derzeit vorhandene Material zur ‚Entnazifizierung‘ (ebd.)⁵⁰ lässt jedoch für den Bereich Krankenpflege nur wenige Aussagen über das direkte Vorgehen und den Umfang der Maßnahmen zu. Nachweisbar ist vor allem die unterschiedliche

Handhabung innerhalb der einzelnen Besatzungszonen (vgl. ebd., S. 208).

Das am 5. März 1946 verabschiedete „Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus“⁵¹ lässt sich beispielhaft am US-amerikanischen Sektor verdeutlichen.

Die Überwachung der ‚Entnazifizierungsmaßnahmen‘ (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 207) oblag dort sogenannten Untersuchungsausschüssen der Militärregierungen, die aus Nicht-Nationalsozialisten zusammengesetzt wurden.

So sollten insbesondere ehemals aktive NSDAP-Mitglieder und Unterstützer von Nationalsozialismus und Militarismus, die sich ablehnend gegenüber dem Vorgehen der Alliierten zeigten, erfasst und aus gesellschaftswirksamen Positionen beseitigt werden.

Die Erfassung fand mithilfe von mehrseitigen Meldebögen statt, die die Pflegekräfte der öffentlichen Gesundheitsdienste der Militärregierungen an die Schwestern in den städtischen Krankenhäusern, Mutterhäusern und in der Wohlfahrt weiterleiteten (vgl. ebd.). Die Auswertung der gesammelten Bögen wurde mithilfe von „berufsgruppenbezogenen Unterausschüssen“ (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 208) vorgenommen.

Nach der anschließenden Weiterleitung an die bereits genannten Hauptausschüsse wurde über die Einordnung der Befragten in eine von fünf Kategorien entschieden.

Folgende Kategorien standen für die Beurteilung der individuellen Verantwortlichkeit zur Verfügung:

1. Hauptschuldige
2. Belastete (Aktivisten, Militaristen, Nutznießer)
3. Minderbelastete
4. Mitläufer
5. Entlastete (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 209).

Je nach Umfang der festgestellten Beteiligung und der sich daraus ergebenden Einstufung in die genannten Kategorien differierten das Maß der Bestrafung bzw. die Wiedergutmachungsleistungen für die Einzelnen (vgl. ebd.).

50 Der Begriff ‚Entnazifizierung[en]‘ wird ausschließlich bei erster Nennung mit dem Kurzverweis (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 207) versehen. Um die angenehme Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im weiteren Verlauf auf den Kurzbeleg im Text verzichtet mit dem Hinweis, dass weitere Anwendungen sich stets auf die benannte Quelle beziehen.

51 Der Gesetzestext ist nachzulesen in: Daetwyler, S./ Sgt. W. K. (1945): De-nazifying Germany’s Nurses, in: RN Magazine, November 1945.

Steppe & Billinger-Salathé (ebd.) nennt als Beispiel im Bereich der Pflege die Amtsträger des NS-Reichsbundes deutscher Schwestern, welche von den Untersuchungsausschüssen in die zweite Kategorie eingruppiert wurden. Dabei lag der Fokus der Alliierten vor allem auf hierarchisch höhergestellte Personen: Diese wurden zumeist besonders geprüft und gegebenenfalls aus ihren Positionen entlassen. Die Erfassung der im dritten Kapitel vorgestellten NS-Schwestern gestaltete sich im Zuge der ‚Entnazifizierungen‘ besonders schwierig, da diese direkt nach Kriegsende mit anderer Tracht in den Krankenhäusern arbeitend vorgefunden wurden. Eine NSDAP-Zugehörigkeit wurde in den Befragungen natürlich einhellig verneint (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 212).

Aufgrund der erschwerten Suche nach den NS-Verbrechern schritt die ‚Entnazifizierung‘ nur sehr langsam voran und wurde deswegen in den Jahren 1947/48 von den Alliierten nach und nach an deutsche Verwaltungen übergeben. Bereits 1949 war ein Großteil der Untersuchungsausschüsse aufgelöst (vgl. ebd.). Unklar bleibt aus heutiger Sicht, ob der Nutzen der ‚Entnazifizierungsmaßnahmen‘ (Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 207) tatsächlich so gewichtig war, denn es findet sich bei genauerer Betrachtung der Lebensläufe von NS-Persönlichkeiten eine Vielzahl von Personen, die bereits wenige Jahre nach Kriegsende in ihre alten oder zumindest ähnlichen Positionen zurückkehrten. Ein Beispiel hierfür ist Werner Catel, der trotz seiner Tätigkeit als Gutachter für „erb- und anlagebedingte schwere Leiden“ (Fischer, 1984, S. 11) nach Beendigung des Krieges als Direktor einer Kinderklinik agieren konnte (vgl. ebd.).

Erwähnt werden sollte außerdem die schlechte wirtschaftliche und soziale Situation im Nachkriegsdeutschland, die auch die deutsche Krankenpflege betraf. Stark zerstörte Gesundheitseinrichtungen, massiv überbelegte Krankenhausbetten sowie Nahrungs- und Materialknappheit erschwerten sowohl die Versorgung der Patienten als auch die Arbeit der Ärzteschaft und Pflegekräfte. Eine von Steppe & Billinger-Salathé (2001, S. 214) aufgeführte Zählung brachte hervor, dass in Bayern nach Beendigung des Krieges auf 4.000 Patienten lediglich eine Pflegekraft kam. An diese bereits bestehenden Probleme schlossen sich folgende weitere an:

- anhaltende Flüchtlingszuströme
- Wiederkehr von Kriegsgefangenen
- Vielzahl von Obdachlosen
- Großteil der Kinder unterernährt
- Verarmung weiter Teile der Bevölkerung.

In der Folge stieg das Risiko für Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten rapide an. Zugleich riefen die schlechten Arbeitsbedingungen mit andauernder Überlastung einen hohen Krankenstand bei den Schwestern hervor (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 214).

Eine von den Vereinten Nationen hervorgebrachte Maßnahme war der Einsatz der 1943 gegründeten United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) in den besetzten Gebieten zur Versorgung von Flüchtlingen und Verschleppten (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 213). Der eklatante Schwesternmangel führte in diesen Notunterkünften auch zum Einsatz deutscher Schwestern, die zu Beginn dem Misstrauen der Patienten und Patientinnen und Denunziationen durch Kollegen ausgesetzt waren. Die Sorge der Alliierten um deren politische Vorbelastung legte sich jedoch nach und nach; und so konnten sowohl die ehemals „Blauen Schwestern“, als auch alle anderen Schwestern, die vormals in die Kategorien 3, 4 und 5 eingestuft worden waren, ihre gewohnte Arbeit wieder aufnehmen. Die „Blauen Schwestern“ erhielten aufgrund ihrer vormaligen NSDAP-Zugehörigkeit lediglich die Auflage, nur als angestellte Schwestern tätig zu werden, eine Vorgesetzteneigenschaft wurde ihnen vorerst verwehrt.

Neben dieser beginnenden Akzeptanz auf Seiten der Besatzungsmächte gab es noch eine Reihe weiterer Entwicklungen für die deutsche Krankenpflege. Eine Vielzahl der bereits in der Weimarer Republik bestehenden Pflegeverbände konnte unter der Obhut der Alliierten die Arbeit wieder aufnehmen (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 215). Dabei galten insbesondere die religiösen Pflegegemeinschaften und Mutterhäuser als politisch unbelastet (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 148). Die 1938 aufgelöste B.O.K.D. wurde unter dem Namen ihrer Begründerin als Agnes-Karll-Verband (A.K.V.) neu gegründet. Er hatte anfänglich mit einem Verbot in der russischen und französischen Zone zu kämpfen. Hinzu kam eine Vielzahl struktureller Vorgaben durch die Alliierten in der britischen und US-amerikanischen Zone (vgl. ebd., S. 149). Trotz der vorhandenen Einschränkungen konnte sich der A.K.V. in der Nachkriegszeit etablieren und war unter anderem an der 1949 erwirkten Wiederaufnahme Deutschlands in den

ICN beteiligt.

Aufgrund der von den drei Militärregierungen ausgerufenen Koalitionsfreiheit bildeten sich überdies drei Zonengewerkschaften des öffentlichen Dienstes (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 223). Somit bot sich den Pflegenden die Möglichkeit der gewerkschaftlichen Organisation, die auch schon in der Weimarer Republik bestanden hatte. Die drei Zonengewerkschaften wurden bereits im Januar 1949 zur Gewerkschaft ÖTV zusammengefasst.

Eine 1952 durchgeführte Mitgliedszählung ergab eine Zahl von 7.000 Mitgliedern aus den Reihen der Pflege, was den Zuspruch der Pflegenden für eine gewerkschaftliche Organisation verdeutlicht (vgl. ebd.).

Des Weiteren gründete sich 1945 in der britischen Zone die Deutsche-Angestellten-Gesellschaft (DAG), welche bis zum Jahr 1961 7.069 Mitglieder zählte. Für freie Schwestern mit Beamtenstatus bot sich außerdem die Möglichkeit der Organisation im Deutschen Beamtenbund. Zuletzt wäre an dieser Stelle noch der 1949 gegründete Verband Arbeiter-Wohlfahrt zu nennen, der eine eigene Schwesternschaft etablierte, um die Versorgung in geschaffenen Pflegeheimen und anderen stationären Einrichtungen zu gewährleisten (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 223).

Die für den internationalen Austausch wichtige Wiederaufnahme Deutschlands in den ICN wurde oben bereits erwähnt. Diese war jedoch nur durch einen Zusammenschluss mehrerer Verbände möglich geworden, da der ICN nur einen nationalen Krankenpflegeverband als Mitglied anerkennen wollte. Daraus resultierte die 1948 vollzogene Fusionierung des A.K.V., der DRK Mutterhäuser, der Gewerkschaft ÖTV und von verschiedenen Einzelmitgliedern des Kaiserswerther Diakonissenverbandes und des Evangelischen Diakonievereins (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 192). Unter dem Namen Deutsche Schwesterngemeinschaft (DSG) konnte so 1949 der erneute Beitritt Deutschlands zum ICN erfolgen (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 151).

Das kurz nach Kriegsende geltende reichseinheitliche Krankenpflegegesetz von 1938 wurde am 2. September 1945 auf Befehl der Alliierten von nationalsozialistischer Propaganda befreit. Konkret wurden ‚Arierparagraphen‘ entfernt, während andere Teile des Gesetzes vorerst bestehen blieben. Ursächlich dafür waren unterschiedliche Vorstellungen bei den einzelnen Besatzungsmächten über Inhalte und Ziele eines neuen Krankenpflegegesetzes (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 217). Unter diesem Vorzeichen sollte das 1938 in Kraft getretene Krankenpflegegesetz der Nationalsozialisten in modifizierter Form noch bis zu seiner endgültigen Abschaffung 1957 wirksam

sein.

Ähnlich wie bei der Veränderung des Krankenpflegegesetzes wurde bei der Beschaffung und Nutzung von Unterrichtsmaterialien für die Lernschwestern vorgegangen. Da es aufgrund von Papiermangel direkt nach dem Krieg nicht möglich war, neue Lehrbücher zu drucken, gab es von den Alliierten den Versuch, vor 1933 erschienene Krankenpflegelehrbücher von Privathaushalten abzukaufen (vgl. ebd., S. 218). Das erste nach Kriegsende neu herausgebrachte Lehrbuch stammt aus dem Jahr 1947 und beinhaltete lediglich ein neues Vorwort, eine Vielzahl von Streichungen nationalsozialistischer Inhalte sowie einige abgeänderte Textpassagen. Große Teile blieben jedoch im Vergleich zu dem 1945 veröffentlichten Werk unverändert bestehen (vgl. Steppe & Billinger-Salathé, 2001, S. 221).

Neben der Beschaffung von Unterrichtsmaterialien gab es weitere Schwierigkeiten, die eine angemessene Schwesternausbildung nach Kriegsende erschwerten. Dazu zählte auch die Beschaffung angemessener Räumlichkeiten, in denen der Unterricht stattfinden konnte. Da die Krankenpflegesschulen während der Herrschaft der Nationalsozialisten mit politisch linientreuem Personal ausgestattet worden waren, wurde ihre Wiederinbetriebnahme durch die Alliierten nur zögerlich vorangetrieben. Erst nachdem bestimmte Auflagen erfüllt waren und jeweils ein leitender Pflegeoffizier der Alliierten zur Überwachung eingesetzt worden war, wurde es den Schulen ermöglicht, wieder Personal auszubilden. Die zu erfüllenden Bestimmungen waren im Einzelnen:

- keine nationalsozialistische Propaganda im Unterrichtsmaterial,
- Lehrer sowie Direktoren der Schulen musste im ‚Entnazifizierungs‘-Programm als unauffällig eingestuft worden sein,

-
- genügend Räume für den Lehrbetrieb,
 - Wohnraum für die Schülerinnen (vgl. ebd.).

Die Schwierigkeiten auf dem Weg zur Veränderung des Krankenpflegegesetzes nach dem Zusammenbruch der Diktatur wurden bereits beschrieben. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch, dass es seit 1949 durchaus intensive Auseinandersetzungen zwischen den einzelnen Pflegeorganisationen gab, die für ein bundeseinheitliches Gesetz eintraten (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 226). Ein erster Entwurf beinhaltete folgende Veränderungen gegenüber dem 1938 herausgebrachten Gesetz:

- Anhebung des Zugangsalters zur Ausbildung auf 18 Jahre,
- nach Beendigung des zweijährigen Lehrgangs ein zusätzliches praktisches Jahr,
- ein von der obersten Gesundheitsbehörde genehmigter Lehrplan,
- festgelegte Mindestzeiten für einzelne Bereiche der praktischen Ausbildung,
- maximal 2-mal-2 Wochen Nachtwache.

Aufgrund des verschärften Schwesternmangels stand das Bundesinnenministerium dem vorgelegten Entwurf jedoch kritisch gegenüber (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 226 f.).

Auch die eingeholten Meinungen aus verschiedenen Berufsverbänden brachten keine wesentliche Verbesserung hervor, vielmehr führten die divergierenden Aussagen zu neuerlichen Unstimmigkeiten.

Erst 1955 wurde unter einem neu zusammengesetzten Bundestag ein modifiziertes Gesetz vorgelegt, welches die Zusammenführung von Krankenpflege und Kinderkrankenpflege vorsah. Dieser veränderte Gesetzesentwurf wurde im Mai 1957 vom Bundestag angenommen und trat im Juli desselben Jahres als erstes bundesdeutsches Gesetz in Kraft. Zwei Jahre später wurde auf Grundlage dieses Gesetzes die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erstellt, die eine dreijährige Ausbildung mit zweijährigem Lehrgang (400 Stunden Theorie) und ein einjähriges Praktikum vorsah (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 226 f.).

Krankenpflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) Wie oben beschrieben wurde die krankenpflegerische Ausbildung innerhalb der deutschen Besatzungszonen unterschiedlich geregelt. Die sowjetische Zone fertigte als einzige Besatzungsmacht bereits 1946 einen eigenen Gesetzestext an, anstatt nach dem modifizierten Krankenpflegegesetz der Nationalsozialisten zu arbeiten, sie soll deswegen separat betrachtet werden: Hier traten bereits am 1. Juli 1946 das „Gesetz zur Verordnung über die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege“ sowie die „Prüfungsverordnung für Krankenpflegepersonen“ in Kraft (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 162). Die wichtigsten enthaltenen Neuerungen umfassten den Ausschluss ehemals aktiver Nationalsozialisten und die Beteiligung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) an der Festlegung der Zulassungsbedingungen.

Der eigentliche Beginn für den Aufbau des Fachschulwesens lässt sich auf 1949, das Gründungsjahr der DDR, datieren. In diesem Jahr wird in der sowjetischen Zone damit begonnen, die Fachschulen aus den Gesundheitseinrichtungen auszulösen. Damit einhergehend wurden die Einrichtungen den Landesregierungen bzw. später den Räten der Bezirke unterstellt (vgl. ebd.). Die zweijährige Ausbildung zur „mittleren medizinischen Fachkraft“ wurde für die Berufe der Krankenschwestern, Säuglingsschwestern, medizinisch-technische Assistenzen, Krankengymnasten, Gesundheitsfürsorger und Hebammen angeboten.

Bewerben konnten sich alle Interessierten, die im Besitz eines Berufsabschlusses als Facharbeiter waren und das 18. Lebensjahr vollendet hatten.

Nach erfolgreicher Aufnahme bestand das erste Studienjahr aus theoretischem Unterricht, der besonders gesellschaftswissenschaftliche Themen in den Blick nahm.

Erst das zweite Jahr fand in der Praxis statt (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 162).

Da die Lernschwestern aufgrund des späten Praxisbeginns häufig Defizite im pflegerischen Arbeiten hatten, ging der Gesetzgeber ab Mitte der 1950er-Jahre dazu über, bereits im ersten Lehrjahr berufspraktische Anteile zu integrieren. Da der Mangel an pädagogisch ausgebildetem Pflegepersonal zu dieser Zeit allerdings sehr groß war, blieb die praktische Ausbildung zunächst auf niedrigem Niveau.

Um diesem Defizit in der Berufspraxis entgegenzuwirken und die Kooperation zwischen den Schulen und Krankenhausträgern zu stärken, ging man im September 1961 dazu über, die krankenpflegerische Ausbildung an das System der Berufsausbildung anzugleichen.

Konkret bedeutete das die Übergabe der Verantwortung für die fachgerechte Ausbildung an die ärztlichen Direktoren der ausbildenden Krankenhäuser. Die Schulen wurden nunmehr zu Betriebsberufsschulen an den Krankenhäusern und Polikliniken (vgl. ebd., S. 163). Die Lehrlinge wurden ab diesem Zeitpunkt, ähnlich wie heute, direkt an den Krankenhäusern angestellt. Auch der Zugang zur Ausbildung wurde angepasst.

Mit der Umstellung des Ausbildungssystems konnten sich nun auch Absolventen der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule (POS) bewerben.

Doch diese Lösung war nicht von Dauer, denn bereits 1973 erging der Beschluss, die Ausbildung für die Medizinalberufe wieder in die Fachschulen einzugliedern. In diesem Zuge wurde ein Jahr später auch der Name des Abschlusses abgewandelt. Ein marxistisch-leninistisches Grundstudium und frühzeitige Erfahrungen zur Theorie-Praxis-Verknüpfung sollten der „Fachschulausbildung des Gesundheits- und Sozialwesens“ zu neuer Qualität verhelfen (vgl. ebd.). Nach diesen neuerlichen Veränderungen bestand das erste und zweite Studienjahr aus einem Wechsel zwischen Theorie und Praxis in einem zwei- bis fünfwöchigem Rhythmus. Das dritte Jahr war bis auf 18 Studientage dem praktischen Arbeiten vorbehalten. Die Auswahl der Einrichtungen für die praktischen Einsätze oblag dem Bezirksarzt.

Nach bestandener Abschlussprüfung erhielten die Fachschulabsolventen ein von der Schule erstelltes Zeugnis sowie eine staatliche Anerkennung, die als Berufserlaubnis diente (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 163).

Nachdem die wichtigsten organisatorischen und rechtlichen Grundlagen zur krankenpflegerischen Ausbildung in der DDR dargestellt wurden, soll nun noch kurz auf die vermittelten Inhalte eingegangen werden. Bei einem Blick auf die sogenannte Stundentafel wird deutlich, dass insbesondere der erste Theorieblock pflegefernere Themen abhandelte. Grundlagen des Marxismus und Leninismus, Russisch und Sport bestimmten das Unterrichtsbild der Schwestern. Erst im Verlauf der weiteren Ausbildung werden die klassischen Inhalte krankenpflegerischer Ausbildung erkennbar, wie sie auch heute noch unterrichtet werden. Zwischendurch finden sich allerdings auch immer wieder politische Themen wie marxistisch-leninistische Ethik (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 163). In der DDR zeigt sich also eine enge Verknüpfung der Berufsausbildung mit den Werten und Weltanschauungen des bestehenden politischen Systems. Auch wenn die fachbezogenen Ausbildungsinhalte und die praktische Betreuung durch Mentoren, Lehrbeauftragte und Fachschullehrer den Inhalten der heutigen Ausbildung ähneln, sollte darauf hingewiesen werden, dass diese in der DDR eine ideologische Ausrichtung erkennen ließen. Ob und wie sich diese auf das pflegerische Arbeiten ausgewirkt hat, würde von der Fragestellung dieser Arbeit zu sehr abweichen und bedarf weiterführender Recherchen.

Im Hinblick auf den Aspekt der Professionalisierung sollte allerdings noch das 1976 eingeführte dreieinhalbjährige Fernstudium erwähnt werden. Damit wurde den bereits ausgebildeten Pflegekräften der sowjetischen Zone erstmals die Möglichkeit einer akademischen Weiterbildung eröffnet (vgl. ebd.).

Die Krankenpflegegesetze von 1965 und 1985 im Überblick Tatsächlich löste das oben vorgestellte erste bundeseinheitliche „Gesetz über die Ausübung des Berufes der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Kinderkrankenschwester“ von 1957 bei den Verfechtern einer besseren Ausbildung und qualitativ hochwertigeren Pflege Enttäuschung aus. Ein wichtiger Grund für diese lag darin, dass der Pflegeberuf auch weiterhin ohne die dazugehörige Ausbildung ausgeübt werden konnte (vgl. Kruse, 1995, S. 122).

Des Weiteren zeigte sich der A.K.V. ernüchtert über die unzureichenden Ausbildungsregelungen im Gesetzestext. Zur Erinnerung soll hier nochmals auf das zweite Kapitel verwiesen werden, in dem deutlich wurde, dass die Vorgängerorganisation des A.K.V., die B.O.K.D., bereits in der Weimarer Republik für verbesserte Ausbildungsbedingungen eintrat, insbesondere für eine noch stärkere theoretische Fundierung. Zwar sah das neue Gesetz eine auf drei Jahre angelegte Ausbildung vor, jedoch waren theoretische Inhalte nur für den auf zwei Jahre angelegten Lehrgang beschränkt, während das dritte Jahr für das Arbeiten in der Praxis vorgesehen war. Hinzu kam, dass die Examensprüfung bereits nach Beendigung des Theorie-Lehrgangs abgelegt werden konnte und die Schwesternschülerinnen somit im dritten Jahr bereits als volle Arbeitskräfte auf den Stationen eingesetzt wurden (vgl. Kruse, 1995, S. 122 f.).

Eine weitere Personengruppe, die sich von dem Gesetzestext ernüchtert zeigte, waren die Unterrichtsschwestern. Auch für sie erschien der zweijährige Lehrgang als zu knapp, um die immer umfassender werdenden Inhalte des Krankenpflegeberufes zu vermitteln.

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass in vielen Bundesländern wie beispielsweise Niedersachsen die zweijährige theoretische Ausbildung bereits obligatorisch war und sich mit Verkündung und dem in Kraft treten des Gesetzes von 1957 somit keine Veränderungen ergaben. Insgesamt hatte sich der Gesetzgeber besonders an den arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten orientiert, nicht aber an den Wünschen und Ideen des Berufsstandes (vgl. Kruse, 1995, S. 123).

Die Folge war eine zunehmende Unzufriedenheit bei den Berufsanhängern. Gleichzeitig konnte auch das bestehende Gesetz den zunehmenden Personalmangel nicht aufhalten (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 166). Eine erste Initiative, um diese Probleme zu bewältigen, kam bereits 1961 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die in Kooperation mit verschiedenen Schwesternverbänden Vorschläge für mögliche Neuerungen des Gesetzes unterbreiteten. Die Ergebnisse wurden erstmals 1963 veröffentlicht (vgl. Kruse, 1995, S. 126). Die „Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Aus- und Fortbildung der Krankenschwestern“ enthielten größtenteils Anreize zur Verbesserung der Ausbildung. Die in dem Dokument genannten Richtlinien für den theoretischen Unterricht lagen bei 1.050 bis 1.500 Stunden, der praktische Unterricht wurde mit 400 bis 600 Stunden veranschlagt. Eine Besonderheit an den praktischen Einsätzen war, dass täglich eine Stunde empfohlen wurde, in der die Krankenpflegeschüler an Dienstbesprechungen teilnehmen oder aber pflegerisch und ärztlich angeleitete Maßnahmen übernehmen sollten. Davon erhofften sich die Herausgeber mehr theoretische Bezüge im praktischen Arbeiten (vgl. Kruse, 1995, S. 126). Außerdem sah die Empfehlung eine Prüfung erst am Ende des dritten Jahres vor.

Faktisch waren diese Anregungen in der Praxis omnipräsent, jedoch boten sie in den darauffolgenden Jahren eine Basis für weitere Verhandlungen.

Der anhaltende Pflegekräftemangel zwang die Politiker in die Offensive. Stimmen, die eine Verbesserung der Ausbildung und die Schaffung eines Pflegehilfsberufes forderten, wurden immer lauter (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 166).

Die 1963 eintretende Diskussion um die Inhalte einer Gesetzesnovellierung sollen nachfolgend überblicksartig wiedergegeben werden (vgl. Kruse, 1994, S. 127 ff.).

Die SPD erwies sich in der Debatte als besonders innovativ. Ihre Forderungen lauteten:

- Anpassung der Ausbildung an wissenschaftliche Fortschritte
- gesetzlich festgelegte Fortbildungen
- Aufstiegschancen durch besondere Ausbildungsmöglichkeiten z.B. Leiter-Schulung

-
- Schutz der Berufsausübung⁵²
 - Schaffung einer Ausbildung für Pflegehelfer
 - Zahlung von Ausbildungsgeld.

All diese Anregungen hatten zum Ziel, die Ausbildung attraktiver zu machen, um mehr junge Menschen in den Beruf zu locken. Außerdem sollte auch das Personal, das für die Ausbildung der Lernschwestern zuständig war, langfristig besser gefördert werden (vgl. ebd.).

Die an den Verhandlungen beteiligte CDU/CSU sowie die FDP standen den Vorschlägen der SPD in Teilen kritisch gegenüber. Einen Schutz der Berufsausübung hielt man aufgrund der Personalnot in den Krankenhäusern nicht für sinnvoll (vgl. ebd., S. 128).

Außerdem wurde der Vorschlag, die berufliche Fortbildung gesetzlich zu gewährleisten, abgelehnt (vgl. ebd., S. 129). Fraglich erscheint deswegen das auch von diesen Parteien vorgetragene Anliegen, die Ausbildung auf ein fachlich höheres Niveau anzuheben, denn eine fundierte Ausbildung benötigt Verantwortliche, die sich im Rahmen von Fortbildungen weiterentwickeln und das hinzugekommene Wissen weitergeben können.

Auf Grundlage dieser verschiedenen Anträge trat nach einer Vielzahl von Diskussionen 1965 das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ in Kraft. Die Zugangsvoraussetzungen sahen nun die Vollendung des 17. Lebensjahres und eine abgeschlossene zehnjährige Realschulbildung vor (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 170). Besonders hervorzuheben sind die Verankerung für einen Krankenpflegehilfsberuf (vgl. ebd., S. 167) sowie die festgesetzte Ausbildungsdauer von vollen drei Jahren (vgl. Kruse, 1995, S. 132). Unerfüllt hingegen blieb die Forderung der SPD nach dem Schutz der Berufsausübung. Auch das novellierte Gesetz berücksichtigte lediglich den Schutz der Berufsbezeichnung (vgl. ebd.).

Was sich in der gewählten Überschrift bereits erahnen lässt, nimmt in den bereits 1969 einsetzenden Diskussionen um eine neuerliche Änderung des Krankenpflegegesetzes Gestalt an. Zwar kann sich das Gesetz von 1965 20 Jahre in den Gesetzbüchern halten, Bestrebungen die Inhalte erneut zu verändern, zeichneten sich jedoch schon wenige Jahre nach seinem Inkrafttreten ab (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 229). Eine erste Forderung war die Herabsetzung des Zugangsalters, um eine größere Zahl von Jugendlichen zu erreichen. Viel entscheidender für die neuerlichen Bemühungen um eine Gesetzesanpassung war jedoch 1972 die Unterzeichnung des Europaübereinkommens zur Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung in den EG-Staaten durch die Bundesregierung (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 166). Ein darauf Bezug nehmender Entwurf von 1974 schlug unter anderem vor, die Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz, das 1969 in Kraft getreten war,

52 Dazu ist zu sagen, dass bis dahin weiterhin die Möglichkeit bestand, ohne besondere Ausbildung in Gesundheitseinrichtungen als Pflegekraft zu arbeiten. Die Sorge der Partei war daher, dass das pflegerische Aufgabenfeld nicht klar abgegrenzt werden könne und die Pflege dadurch immer auch berufsfremde Tätigkeiten umfassen würde. Außerdem bestünde die Möglichkeit, dass ungelerntes Personal Weisungen an ausgebildete Schwestern geben könnte (vgl. Kruse, 1994, S. 129).

anzulegen. Dieser Vorschlag wurde jedoch mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Maßgeblich dafür waren überwiegend finanzielle Belange (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 229). Schlussendlich wurde im Jahr 1985 das „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ verabschiedet. Die dort festgesetzte, auf drei Jahre angelegte Ausbildung fand an den staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen statt. Die Zugangsvoraussetzungen waren vergleichbar mit dem vorhergehenden Gesetz; lediglich eine gesundheitliche Eignung der Bewerber wurde neu hinzugefügt (vgl. Möller & Hesselbarth, 1994, S. 170). Die größte Errungenschaft für die Pflegenden lag jedoch in der Erhöhung des theoretischen Stundenanteils, d.h. im Vergleich zu 1965 ließ sich eine deutliche Steigerung im Umfang der Lehrgebiete erkennen. Zusätzlich wurden in der Gesetzesnovellierung veränderte Bedingungen für die Abschlussprüfungen vereinbart. Ebenfalls erwähnt werden sollte, dass die Krankenpflegeschulen nicht länger alleine von einem Arzt geführt werden konnten, sondern nur noch in Kooperation mit einer zweiten Unterrichtskraft aus dem Pflegesektor. Der weiterhin geforderte Schutz des Berufes konnte im Gesetz nicht verankert werden, lediglich die Berufsbezeichnung blieb nach wie vor geschützt (vgl. Wolff & Wolff, 1994, S. 230). Trotzdem waren die Reaktionen der pflegerischen Vertreter auf das Gesetz insgesamt sehr positiv. Man sah die berufliche Eigenständigkeit genügend gefördert und die Bedeutung der Gesundheitserziehung in hinreichendem Maße herausgestellt (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 187 f.).

Die bisherige Darstellung verdeutlicht die schwierigen gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen, denen die Krankenpflege mit dem Ende des Dritten Reiches ausgesetzt war. Das Projekt Professionalisierung kam nur langsam wieder ins Rollen. Die ‚Entnazifizierung‘ der Leitungspersonen, die Tatsache, dass Verbände, anfangs nicht über die

Zonengrenzen hinweg agieren konnten und eine heterogene Interessenlage bei den verschiedenen Fürsprechern der Pflege erschwerten anfänglich den Weg zur eigenständigen Profession (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 180). Die Gemeindepflege, Herzkreisläufpflegerischer Arbeit im Nationalsozialismus, musste nach Kriegsende neu etabliert werden und geriet durch den Fokus der Gesetzgeber auf die Krankenhauspflege zunehmend in den Hintergrund. Erste Fortschritte zeichneten sich in den 1950er- und 1960er-Jahren ab. Die frühere Idee des Dienens, die jahrzehntelang als grundlegend für das Berufsbild der Krankenpflege verstanden wurde, konnte durch den Grundgedanken des Helfens abgelöst werden (vgl. ebd.). Auch die Verbesserung der Arbeitszeiten sowie die Förderung von männlichen Mitarbeitern in der Pflege konnten als positive Entwicklung verzeichnet werden. Doch trotz der sich abzeichnenden Fortschritte in der beruflichen Emanzipation war ein Großteil der Pflegenden noch nicht bereit, alte Muster und Werte vollständig abzulegen. So erklärte beispielsweise der A.K.V. Grundpflege und Fürsorge als zentrale Elemente des Berufes. Das Bild einer Pflege ohne ökonomische Zwänge, das sich an christlichen Idealen orientierte, war demnach weiterhin in den Köpfen vieler Schwestern präsent (vgl. ebd.). Zudem blieb das Niveau der pflegerischen Ausbildung in den ersten 40 Jahren nach Kriegsende vergleichsweise niedrig. Die Gesamtdauer der Ausbildung empfanden

insbesondere die Lehrkräfte als zu kurz, um eine umfassende theoretische Ausbildung zu vermitteln (vgl. Kruse, 1995, S. 122 f.). Die Pflegelandschaft in der DDR war demgegenüber besser strukturiert. Die einheitlichere Interessenlage unter den beruflich Pflegenden zog eine unkompliziertere Gesetzgebung nach sich und erleichterte die Einrichtung einer integrierten Krankenpflege. Die pflegerische Berufstätigkeit war hier in Anlehnung an die Medizin als ‚Heilhilfsberuf‘ (Schmidbaur, 2002, S. 181) verankert worden (vgl. ebd.). Pflegestudiengänge wurden außerdem bereits frühzeitig in die Pflegelandschaft integriert und damit die Professionalisierung vorangetrieben. Trotz der bestehenden Fortschrittlichkeit in DDR sollte natürlich auch die ideologische Prägung der Unterrichtsinhalte für eine Bewertung beider Entwicklungen im Hinterkopf behalten werden.

Arbeiten am Professionalisierungsprozess

Mit Beginn der 1970er-Jahre ist in der Literatur der wachsende Einfluss der Krankenpflege am Professionalisierungsprozess erkennbar. Die Krankenpflege versteht sich nicht mehr primär als Berufsfeld für Krankenschwestern und -pfleger, sondern berücksichtigt in ihren geplanten Veränderungen auch die Berufsgruppen der Krankenpflegehelfer und Altenpfleger (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 182). Da die Pflege, was Vergütung, Arbeitsbedingungen und soziale Anerkennung anbelangte, im Vergleich zu anderen höher qualifizierten Berufen nach wie vor benachteiligt war, waren die Ziele des Professionalisierungsprozesses eindeutig. Statusverbesserung sowie mehr gesellschaftliche Anerkennung waren die übergeordneten Anliegen. Des Weiteren wollte man die Aus- und Weiterbildung verbessern, die pflegerische Forschung ankurbeln und die berufliche Selbstbestimmung festigen.

Ein wichtiges Ereignis im Zuge der Professionalisierung stellt der Zusammenschluss von DSG-Verbänden zum Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) im Jahr 1973 dar. Unter der Leitung des ebenfalls beigetretenen A.K.V. war es das erklärte Ziel des Verbandes, als Vertreter für alle pflegerischen Berufe (auch Kinderkrankenpflege und Altenpflege) zu fungieren (vgl. ebd., S. 183). Ein Blick in die verbandseigene Zeitung ermöglicht es, sich eine Vorstellung von den drängenden Themen dieser Zeit zu machen: Reformen und Emanzipation kristallisieren sich als zentrale Leitbegriffe heraus. Die Pflege befand sich zu dieser Zeit bereits mitten auf dem Weg zur beruflichen Unabhängigkeit. Die sich abzeichnende Emanzipation verlief parallel zur Frauenemanzipation in der Gesellschaft, was nur logisch erscheint, wenn man berücksichtigt, dass die Pflege auch lange nach Zusammenbruch der NS-Diktatur noch ein frauendominierter Beruf war (vgl. Schmidbaur, 2002, S. 183).

Um die Integration von Pflegestudiengängen voranzutreiben, gab es in den Jahren 1971 bis 1985 vier Modellversuche in verschiedenen Städten, unter anderem auch in Berlin.

Schwerpunkt der Ausbildungen waren hierbei die Weiterbildung zu pflegerischen Leitungskräften oder das Feld der Pflegepädagogik (vgl. ebd., S. 184). Tatsächlich blieb die Akademisierung des Pflegeberufes in diesem Zeitabschnitt jedoch kontrovers diskutiert, was

nicht zuletzt in der Sorge der Gesetzgeber begründet lag, dass nicht mehr genügend Arbeitskräfte für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen würden. Schlussendlich wurde den Initiativen zur Akademisierung im Zuge von Sparmaßnahmen in den 1980er-Jahren ein schnelles Ende gesetzt. Kostenpflichtige Weiterbildungsangebote und Zusatzausbildungen mussten ab diesem Zeitpunkt von den Verbänden, Gewerkschaften, Kirchen oder durch private Organisationen getragen werden (vgl. ebd., S. 185).

In Bezug auf den nachfolgenden Unterpunkt erscheint es außerdem sinnvoll zu erwähnen, dass das Konzept der patientenorientierten Pflege nach dem Vorbild der USA inzwischen auch nach Europa und somit nach Deutschland gelangt war. Das Ziel dieses Konzept bestand in der Humanisierung der Krankenhäuser angesichts der zunehmenden Tendenzen von Effektivierung, Rationalisierung und Technisierung (vgl. ebd., S. 186).

Auf die Idee der ganzheitlichen Pflege soll jedoch erst im nachfolgenden Unterkapitel eingegangen werden.

In den 1970er-Jahren wurden auch erstmals, seit dem Ende der Weimarer Republik, die Arbeitsbedingungen in der Pflege wieder thematisiert. Auch der Begriff Burnout tauchte erstmalig im Kontext der Pflege auf. Damit einher gingen Diskussionen über die Möglichkeiten des Berufsverbandes, tarifvertragliche Veränderungen zu erwirken.

Forderungen nach mehr Mitspracherecht und mehr Möglichkeiten der Einflussnahme wurden laut (vgl. ebd., S. 186 f.). Die Idee der Pflegekammern sowie Pflegereferate als Formen der Selbstorganisation wurden diskutiert. Diese Konzeption erscheint noch heute von größter Aktualität, wenn man bedenkt wie viel diskutiert diese Form der pflegerischen Selbstorganisation in den letzten Jahren in Deutschland ist. Die vorliegende Arbeit kann die Argumentationslinien, die für oder gegen eine Pflegekammer sprechen an dieser Stelle jedoch nicht aufgreifen, da aufgrund der vorgenommenen thematischen Eingrenzung dieser Sachverhalt keine zusätzliche Berücksichtigung mehr finden kann.

Mitte der 1980er-Jahre erfuhr dann die deutsche Pflegeforschung durch WHO-initiierte Studien einen Aufschwung. Nunmehr rückten Themen wie Pflege- und Expertenstandards in das Blickfeld der pflegerischen Akteure (vgl. Schmid-baur, 2002, S. 187), worauf ebenfalls später noch genauer eingegangen wird.

Entwicklungen, die in den 1980er-Jahren ihren Ursprung hatten, wurden Anfang der 1990er-Jahre fortgesetzt und erweitert. Die Internationale Pflegeforschungskonferenz fand 1989 in Frankfurt am Main erstmals auf deutschem Boden statt. Neue Pflegestudiengänge und Weiterbildungen entwickelten sich zeitgleich in Rekordzeit.

Ursächlich dafür war insbesondere der Professionalisierungsvorsprung in der ehemaligen DDR, der sich nach der Wiedervereinigung Deutschlands deutlich zeigte (vgl. ebd., S. 190).

Einen neuerlichen Anstoß für die Professionalisierung bot außerdem das 1994 erlassene Pflegeversicherungsgesetz. In seiner Folge veränderte sich die pflegerische Landschaft innerhalb kürzester Zeit vor allem dadurch, dass die Anzahl der ambulanten Pflegedienste sprunghaft anstieg (vgl. ebd., S. 191). Der Markt für pflegerische Leistungen wuchs rapide,

dadurch wurde die Kontrolle der pflegerischen Qualität jedoch auch zunehmend zu einem schwierigen Unterfangen. Mitte der 1990er-Jahre veränderte sich daher die euphorische Stimmung, die zu Beginn des Jahrzehnts noch vorherrschend gewesen war; es kam zögerlich zu Diskussionen, die die neusten Entwicklungen hinterfragten (vgl. ebd., S. 192). Eine Vielzahl von Anregungen und Ideen für die pflegerische Arbeit wurde in den letzten Jahren aus dem angelsächsischen Raum auf die deutsche Pflege übertragen. Es wurde aber deutlich, dass diese Maßnahmen modifiziert werden müssen, um den kulturellen und organisatorischen Unterschieden gerecht zu werden. Zudem zwingt die von den Krankenkassen vorgebrachte Forderung, wonach die ambulante vor die stationäre Pflege zu stellen sei, dazu, die pflegerischen Berufsbilder weiter zu modifizieren und die Ausgangssituation entsprechend anzupassen. Somit wuchs und wächst bis heute der äußerliche Druck auf das Berufsfeld der Pflege. Eine Einschätzung von Schmidbaur (2002, S. 192 f.)

erscheint an dieser Stelle zusammenfassend besonders treffend und allgegenwärtig:

„Vielfältige Interessen prägen die Auseinandersetzungen um Strukturbedingungen des konfliktreichen Politikfeldes Pflege.“ (Schmidbaur, 2002, S. 192 f.).

5.1 Reformierung der Arbeitsorganisation

Das folgende erste Unterkapitel beschäftigt sich mit den Veränderungen der pflegerischen Arbeitsorganisation innerhalb der letzten Jahrzehnte. Dabei soll insbesondere das veraltete System der Funktionspflege, neuen patientenorientierteren Pflegesystemen gegenübergestellt werden. Der Fokus wird dabei weniger auf ein bestimmtes Pflegesystem gelegt, vielmehr wird der Begriff der patientenorientierten Pflege angewandt, um als Sammelbegriff für verschiedene ganzheitliche pflegerische Organisationsformen zu fungieren. In diesem Zusammenhang werden auch die Thematiken Pflegeplanung und pflegerische Dokumentation kurz aufgegriffen, da diese als unmittelbare praktische Methoden für die patientenorientierte Versorgung dienen.

Dass die patientenorientierte Pflege in diesem Unterpunkt Erwähnung findet, ist insbesondere der Tatsache geschuldet, dass Kapitel 5, wie oben beschrieben, unter anderem die berufliche Emanzipation der Pflege aufzeigen möchte. Die Autorinnen und Autoren sind der Meinung, dass das in den 1950er-Jahren in den USA entstandene Konzept der patientenorientierten Pflege ein geeignetes Medium bildet, um eben diese emanzipatorische Entwicklung herauszustellen.

Grundsätzlich stammt der Begriff Arbeitsorganisation aus der Betriebswirtschaft und wird dort vor allem im Kontext von Technisierung und Informationsmitteln angewandt.

Definitionen, die auf die Pflege übertragbar sind, finden sich ungleich schwieriger.

Einen Versuch hat Elkeles (1990, S. 59) unternommen: „Arbeitsorganisation soll so definiert werden, daß mit ihr die Art und Weise verstanden wird, wie die anfallenden Arbeiten aufgeteilt und auf das zur Verfügung stehende Personal verteilt werden.“ (ebd.).

Diese Definition impliziert, dass pflegerisches Geschehen auf eine bestimmte Weise geregelt wird, um das anfallende Arbeitsaufkommen mit einer reglementierten Anzahl an Personal zu bewältigen. Dafür bedarf es seiner Meinung nach Maßnahmen der Koordination sowie arbeitsteiligen Lösungen (vgl. ebd.).

Die Pflege hat sich für diese arbeitsorganisatorischen Regelungsmuster sogenannte Pflegesysteme zu Eigen gemacht. Dabei lassen sich funktionelle und ganzheitliche Ansätze unterscheiden, wobei in der heutigen Krankenhauslandschaft meist Mischformen auftreten, sodass die exakte Abgrenzung der einzelnen Systeme zum Teil schwierig ist (vgl. Budnik, 2005, S. 32). Klassisches Beispiel für die funktionsorientierte Arbeitsorganisation ist die Funktionspflege, während patientenorientierte Prinzipien den Konzepten der Gruppenpflege, Bereichs- oder Zimmerpflege sowie der Bezugspflege inne sind. Ein weiteres, aus dem amerikanischen Raum stammendes, ganzheitliches System bildet außerdem das sogenannte Primary Nursing (vgl. Elkeles, 1990, S. 61 f.).

Die heute weitgehend zurückgedrängte Funktionspflege galt mehrere Jahrzehnte als geeignetes Mittel, um pflegerisches Arbeiten zu strukturieren. Ein kurzer Exkurs in die Grundzüge der Funktionspflege soll an dieser Stelle gegeben werden: Das hierarchisch-

zentralistische Prinzip mit seiner arbeitszergliedernden Organisation kam dabei insbesondere der „zentralistischen Instanz“ (ebd., S. 83), heißt also der Pflegeleitung zugute. Die einzelnen Pflegekräfte haben sich dieser Instanz zu unterstellen, wobei qualifizierteres und erfahreneres Personal grundsätzlich arztnähere Aufgaben bzw. administrative Tätigkeiten übernehmen darf, während die restlichen Mitarbeiter die übrigen niederen Tätigkeiten übernehmen. So entsteht eine repetitiv-monotone Arbeit, die eine einseitige Informationsverteilung und Kontrollunterwerfung zur Folge hat. Die Bedürfnisse der Patienten können bei dieser Art der Arbeitsorganisation nur unzureichend berücksichtigt werden (vgl. ebd., S. 74). Parallelen zu dieser Form der Arbeitsorganisation lassen sich in dieser Arbeit bereits bei der Beschreibung der analysierten Schwestern aus der Anstalt Meseritz-Obrawalde finden. Auch dort gab es strenge hierarchische Strukturen und Tätigkeitsverteilungen, die an der scheinbaren Kompetenz der Schwestern orientiert waren. Die Aussagen der ‚Täterinnen‘ (Kompisch, 2008, S. 7) deuteten außerdem auf eine ungleiche Informationsverteilung innerhalb der Stationen hin. Emanzipation in Form von Freiheit und Gleichheit kann innerhalb dieser Strukturen somit nicht erreicht werden.

Dieser streng hierarchischen Struktur steht eine ganzheitliche Arbeitsweise in Form der bereits genannten Pflegesysteme gegenüber. Diese besitzen vorwiegend einen dezentralelegalitären Charakter, das heißt Statusunterschiede zwischen einzelnen Mitarbeitern werden vermieden und jeder Pflegende ist berechtigt bestimmte Tätigkeiten zu übernehmen (vgl. Elkeles, 1990, S. 82). Die Konsequenzen dieser veränderten Arbeitsorganisation sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden, um den Nutzen patientenorientierter Pflege sowohl für Patient und Patientin als auch für den Mitarbeiter und die Mitarbeiterin zu verdeutlichen. Wichtigster Vorteil der Ganzheitspflege ist, dass es idealerweise keine Statusunterschiede im Team gibt und somit auch keine Verteilung von angesehenen und weniger angesehenen Tätigkeiten. Außerdem kommt es zu einem vergrößerten Handlungs- und Entscheidungsspielraum für die einzelne Pflegekraft (vgl. Elkeles, 1990, S. 65 f.). Während die Funktionspflege durch eine Reihe von Einschränkungen und Auflagen das eigene Handlungsfeld einengt, kann in ganzheitlichen Arbeitssystemen die Arbeitsausführung mit einem selbstgewählten zeitlichen und sachlichen Spielraum erfolgen. Zwar müssen auch hier arbeitsorganisatorische Fixpunkte wie Visiten bedacht werden, ansonsten kann der Mitarbeiter seinen Dienst jedoch selbst organisieren. Daraus resultiert eine größtmögliche Autonomie für die einzelne Pflegekraft (vgl. ebd., S. 79).

Ein Problem der Funktionspflege ist die einseitige Informationsverteilung innerhalb der Belegschaft. Die patientenorientierten Arbeitsformen ermöglichen stattdessen eine breite Informationsverteilung; die Pflegekraft ist in diagnostische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Angelegenheiten des Patienten involviert und gibt diese Informationen auch an nachfolgende Dienste weiter. So entsteht ein gleiches Maß an Informiertheit für alle Beteiligten (vgl. ebd., S. 82 f.). Ein letzter hier zu benennender Nutzen ist außerdem die Verbesserung von Kooperationsbeziehungen mit anderen Berufsgruppen. Durch die optimierte Informationsverteilung können die einzelnen Disziplinen besser in Kontakt treten

und sich austauschen. Gemeinsame Planungen zur ganzheitlichen Versorgung der Patienten und Patientinnen können schneller und effizienter organisiert werden. Die genannten Vorzüge der ganzheitlichen Pflege, die an dieser Stelle keine Vollständigkeit beanspruchen, ermöglichen den Pflegenden Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen und ihre Verrichtungen in Eigenkontrolle zu tätigen (vgl. ebd., S. 83). Für die Patienten und Patientinnen entsteht aus der resultierenden Pflegekontinuität die Chance eine Vertrauensbeziehung zu der Pflegekraft aufzubauen, während die Pflegekraft selbst bei dieser Form der Versorgung bestenfalls eine deutlich größere Berufszufriedenheit erfährt (vgl. ebd., S. 116).

Nachdem nun vornehmlich die Perspektive der Pflegenden innerhalb der patientenorientierten Pflege betrachtet wurde, soll natürlich auch ein Blick auf die Perspektive der Patientengruppe erfolgen. Grundsätzlich wird ganzheitliche Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess zwischen den beiden Akteuren Pflegekraft und Patient verstanden. Dabei liegt der Fokus immer auf dem kranken Menschen mit seinen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen (vgl. Bischoff, 1986, S. 103). Wichtig ist dabei zu sagen, dass die Patienten und Patientinnen als mündige Personen auftreten, die aktiv am eigenen Heilungsprozess teilnehmen. An diesem vorstehend genannten Grundgedanken wird die Entwicklung der Pflege besonders ersichtlich. Während im Nationalsozialismus ein Großteil der Patienten und Patientinnen zu unmündigen Objekten degradiert wurde, denen Pflege größtenteils angetan wurde, vollzieht sich in der Gegenwart ein Wandel dahingehend, dass nicht nur die Pflegekraft den Genesungsprozess steuert, sondern auch der Kranke selbst Einfluss auf seinen Krankheitsverlauf nimmt. So entsteht eine partnerschaftliche Beziehung, die Abhängigkeiten abbauen und die Patienten und Patientinnen zu Aktivität ermuntern soll (vgl. ebd., S. 103). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass patientenorientierte Pflege individualistisch und ganzheitlich ausgeübt wird und demnach der einzelne Mensch mit seinen Bedürfnissen handlungsleitend für die Pflegenden ist (vgl. ebd.). Nicht außer Acht gelassen werden sollte bei diesen Darstellungen, dass das Konzept einen möglichen theoretischen Ansatz darstellt, der in der Praxis nicht immer in dieser Form durchführbar ist. Wichtig erscheint hier, praktische Elemente zu integrieren, um die theoretische Seite des Konzeptes in der Praxis nutzbar zu machen. Eine Möglichkeit dafür stellt die Pflegeplanung dar. Die Pflegeplanung wird seit 1985 im Krankenpflegegesetz gefordert und seitdem als Unterrichtsthema an den Krankenpflegesschulen verankert (vgl. Budnik, 2005, S. 23). Diese Festsetzung markiert eine entscheidende Weiterentwicklung im pflegerischen Arbeiten, da die Pflege vormals weder detailliert geplant noch dokumentiert worden war. In diesem Zusammenhang ist auch zu sagen, dass die Pflegedokumentation erst ab diesem Zeitpunkt in geeigneten Dokumentationssystemen verschriftlicht wurde und die sofortige Abrufbarkeit von Patienteninformationen zunehmend als nützliches Medium in der Praxis anerkannt wurde

(vgl. Bischoff, 1986, S. 105). Eine Vorstellung der einzelnen Schritte der Pflegeplanung soll hier nicht erfolgen, dazu wird auf die weiterführende Literatur verwiesen.⁵³

Abschließend soll gesagt werden, dass patientenorientierte Pflege aus zwei wichtigen Komponenten besteht. Zum einen die rational-betriebsorientierte, zum anderen die emotional-humanitäre Komponente. Bischoff (1986, S. 106) stellt dazu sehr treffend fest, dass diese Komponenten bis heute die Doppelfunktion der Pflege widerspiegeln.

53 Das Thema Pflegeplanung ist Inhalt diverser Lehrbücher. Ein empfehlenswertes Werk stammt von Budnik aus dem Jahr 2005 mit dem Titel „Pflegeplanung leicht gemacht. Für die Gesundheits- und Krankenpflege.“

5.2 Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege

Nun soll anhand einiger ausgewählter Beispiele dargelegt werden, in welcher Form sich gegenwärtig eine Professionalisierung des Pflegeberufs darstellt. Diskutiert werden sollen zum einen Ausbildungsmodelle sowie Formen von mündigem Auftreten in der Pflegepraxis. Noch im Jahr 1995 warnte der damalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm vor einer Professionalisierung der Pflege:

„[...] nur warne ich davor, das neue Feld Pflege zu überprofessionalisieren. Wir brauchen Profis, hochqualifizierte Fachkräfte. Aber ich füge hinzu: Übertreibt es nicht! Um einen 70jährigen zu füttern, brauche ich keine sechs Semester Psychologie. Dazu brauche ich ein gutes Herz und eine ruhige Hand.“ (Blüm, 1995, o. S.)

Um festzustellen, bis zu welchem Grad eine Professionalisierung vorangeschritten ist und welche Bedeutung diese hat, muss zunächst einmal verdeutlicht werden, was Merkmale dieser sind. Cassier-Woidassky (2007, S. 43) stellt zwei Kerncharakteristika einer Profession heraus. Zum einen sei dies eine lange, formalisierte und spezialisierte Ausbildung auf Grundlage von abstrakten Wissen und zum anderen spiele die Gemeinwohlorientierung eine große Rolle. Als Gemeinwohl benennt sie Leistungen die dem Erhalt universeller Werte wie Gesundheit, Wahrheit, Sinn und Recht dienen (vgl. ebd.).

Mit der Annahme das Ziele, wie die Schaffung einer eigenständigen wissenschaftlich begründeten Wissensbasis und Handlungskompetenz, die Erhöhung des Prestiges des Pflegeberufs, Herstellung einer Kooperation auf gleicher Ebene mit der Humanmedizin als klassischer akademischer Beruf des Gesundheitswesens und Angleichung an die international übliche Ausbildungsform der Pflege an Universitäten, benennt Gerlach (2012, S. 8) die Bemühungen die mit einer Professionalisierung einher gehen. In diesem Zusammenhang lässt sich das Jahr 1991 als Auftakt einer Entwicklung benennen, in dem zum Wintersemester an der Humboldt-Universität zu Berlin der erste Pflegestudiengang, mit Studienrichtung Pflegepädagogik, eingeführt wurde. Ebenfalls wurde zeitgleich an der Fachhochschule Osnabrück ein Studiengang der Richtung Krankenpflegemanagement angeboten. Im weiteren Verlauf der 1990er Jahre lässt sich ein rascher Fortgang von Einrichtung von weiteren Studiengängen mit pflegespezifischen Inhalten auf Hochschulebene beobachten (vgl. Winter, S. 2005). Gerlach (2012, S. 19) betrachtet diese Entwicklung allerdings noch als stark ausbaufähig. Zum einen sei die Etablierung einer wissenschaftlichen Disziplin nur im universitären Kontext möglich; die Mehrzahl der Studiengänge werden dahingegen an Hochschulen gelehrt. Zum anderen lässt sich eine deutliche Hierarchisierung der Studiengangsarten feststellen, ein Großteil der Hochschulen bietet demnach konsekutive Studiengänge an. Eine Ausbildung wird somit bereits vorausgesetzt und qualifiziert die Studierenden in praxisfernen Fächern wie Pflegepädagogik oder Pflegemanagement. An zweiter Stelle stehen Studiengänge im Bereich der Pflegewissenschaften- und expertisen, bei denen ebenfalls eine Ausbildung vorausgesetzt wird (vgl. ebd.). Erst auf dem letzten Platz der

Kategorisierung befinden sich Studiengänge, die keine Berufserfahrung bzw. Berufsausbildung voraussetzen.

Die Zahl der primärqualifizierenden Studiengänge wird nach Gerlach (2012, S. 20) mit zehn benannt. Beispielsweise sei hier der Studiengang Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin genannt, bei dem die klassische Ausbildung zu examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen im Curriculum integriert ist und somit als primärqualifizierender Studiengang akademisch ausbildet.

So existieren neben der klassischen Ausbildung an Krankenpflegesschulen eine Vielzahl von verschiedenen Studiengängen an Hochschulen und zu einem geringen Teil an Universitäten, wodurch es schwierig erscheint, ein einheitliches Bild der Ausbildung zu zeichnen. Gleichwohl lässt sich die Einrichtung von Studiengängen als ein Merkmal fortschreitender Professionalisierung sehen, auch wenn diese in der Edukation von Pflegekräften in vielerlei Hinsicht noch ausbaufähig sind.

Das zweite Charakteristikum welches von Cassier-Woidassky (2007, S. 43) benannt wird, beschreibt den Dienst für das Gemeinwohl wie Gesundheit, Wahrheit, Sinn und Recht. Bezogen auf die Pflege kann in diesem Zusammenhang durchaus eine Entwicklung beobachtet werden, die sich in der pflegerischen Praxis damit befasst die Qualität der Versorgung von Patienten zu steigern oder zumindest erfassbar zu machen.

Dem Gemeinwohl Gesundheit wird somit in einem weiteren Sinne gedient. Als Beleg für diese Entwicklung lassen sich verschiedene Merkmale anführen. Im Mittelpunkt steht hier vor allem die Einführung von evidenzbasierten Expertenstandards. Durch die Nutzung von Expertenstandards werden Zielsetzungen vorgegeben um komplexe Pflegehandlungen durchzuführen oder Pflegeprobleme mit erhöhtem Einschätzungsbedarf zu beurteilen. Expertenstandards zeigen nach Schiemann & Moers (2014, S. 29) das angestrebte Niveau für die Pflegeperson. Abzugrenzen sind sie daher von Handlungsrichtlinien, die konkrete Anweisungen geben, wie Handlungen durchzuführen sind.

Schiemann & Moers (ebd.) haben aus den internationalen Diskussionen der WHO, dem ICN und dem EuroQuan eine Definition von Standards in Pflege artikuliert:

„Praxis- und Expertenstandards stellen also ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt.“ (ebd.)

Somit lässt sich die ‚Gemeinwohlorientierung‘ (Cassier-Woidassky, 2007, S. 43) deutlich erkennen, da Expertenstandards auf der einen Seite den Bedürfnissen der Allgemeinheit, also der Bevölkerung, angepasst sind und zum anderen basieren die Erkenntnisse auf einer evidenzbasierten Wissenschaft, wodurch die Aufgaben und Verantwortungen definiert sind. Es zeigt sich demnach, dass sich die Berufsgruppe der Krankenpflege eigene Standards definiert hat, und diese anstrebt zu erfüllen. Man kann also soweit gehen und von einer Mündigkeit der Berufsgruppe sprechen, wenn auch mit Einschränkungen. So stellen Schiemann & Moers (2014, S. 46) fest, die Vorstellung, jede Pflegefachkraft könne

selbstständig bei einem komplexen Pflegeproblem durch Recherche evidenzbasiert handeln, ist von der Realität der Praxis weit entfernt. Es werden dann allerdings nicht Expertenstandards herangezogen um diese Lücke zu füllen, vielmehr wird häufig aus den verschiedensten Gründen ein Handeln nach Erfahrung und Gefühl bevorzugt. Unabhängig davon, wird darlegt, dass sich längst nicht alle Pflegeeinrichtungen dazu bereit sehen, Expertenstandards in ihren Einrichtungen einzuführen (vgl. ebd., S 47). Betrachtet man die Entwicklung und Einführung von Expertenstandards als einen noch nicht abgeschlossenen Prozess, so lässt sich doch konstatieren, dass Expertenstandards einen nicht geringen Anteil auf die Professionalisierung des Berufes haben. Das Bewusstsein für wissenschaftliches Arbeiten sei laut Schiemann & Moers (2014, S. 47) in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen. Spekulativ ist dies auch auf die Lehrinhalte in den Curricula zurückzuführen, in denen Expertenstandards eine wichtige Rolle spielen. Zudem muss betont werden, dass die Inhalte der Standards ein grundlegender Schritt sind, Wissenschaft und Praxis zu verbinden und sich somit die Verpflichtung auferlegt wird, die Bevölkerung gesundheitlich nach aktuellem Stand der Kunst zu versorgen.

Die genannten Beispiele stehen dabei exemplarisch für die voranschreitende Professionalisierung, deutlich wird allerdings auch, dass sich diese im Kontext der Geschichte der Krankenpflege noch im Anfangsstadium befindet. Gerlach (2012, S. 232) beschreibt den Prozess der Professionalisierung des Berufs, als einen ohne „road map“ (ebd.). Die uneinheitliche Ausbildung wird unter diesem Aspekt von Gerlach kritisiert und sie plädiert auf eine einheitliche Regelung für akademische Abschlüsse in der Pflege (vgl. ebd., S. 233).

Aus Sicht der Autorinnen und des Autors, kann eine Professionalisierung nur mit entsprechender Ausbildung einhergehen. Der Weg von den Krankenpflegeschulen an die Hochschulen kann dabei als ein erster Schritt gewertet werden. Wissenschaftliche Inhalte müssen aber auch auf eine breite Akzeptanz treffen, um sich als Berufsgruppe mündig, im Sinne einer Profession zu präsentieren. Damit verbunden ist auch die Übernahme von Verantwortung für die nach evidenzbasierten Erkenntnissen durchgeführten Pflegemaßnahmen. Die dargestellte Entwicklung von Mündigkeit des Krankenpflegeberufes lässt sich analog auch auf die pflegeethische Debatte, wie nachfolgend veranschaulicht, übertragen.

5.3 Ethik als Disziplin der Krankenpflege – Fürsorge als ethisches Prinzip

Die Ethik im Allgemeinen, wie auch als Professionalisierungsmerkmal in Bezug auf die Pflege im Konkreten, ist ein Themengebiet, welches in seiner Komplexität in einer eigenständigen Untersuchung eingehend betrachtet werden könnte. Eine Vielzahl an Literatur ist dahin gehend bereits veröffentlicht worden. Die Pflegeethik im Speziellen soll an dieser Stelle Erwähnung finden, um die Aufbruchstimmung zu verdeutlichen, in der sich der Pflegeberuf mit seinem Streben nach einer kompetenten und eigenständigen Berufsgruppe befindet. Das ethische Merkmal darf als „historische Transformation“ (Wettreck, 2001, S. 167) des Pflegeberufes anerkannt werden. Im Verlauf dieser Arbeit wurde bereits im Hinblick auf die Forschungsfragen die pflegerische Position und dahingehend ihre Wesensmerkmale im ausgewählten Zeitraum umrissen.

Wie schon erwähnt, kann aufgrund der ungeheuren Vielschichtigkeit der ethischen Komponente nur in Grundzügen der dynamische Wandel der Pflege mithilfe der Ethik aufgegriffen werden.

Zunächst soll Grundlegendes zum Begriff und Begrifflichkeit Ethik genannt werden.

Anschließend wird, auf das Wesentliche beschränkt, die Entwicklungen dargestellt, die dem Einzug ethischer Auseinandersetzungen in den Pflegeberuf zuträglich waren. Im Weiteren soll ein wesentliches Merkmal angeführt werden, welches hinsichtlich der pflegerischen Mitwirkung an den ‚Euthanasie‘-Programmen die beruflichen Wertvorstellungen im Kontext von Wahrhaftigkeit und kritisch-abwägender Verantwortung aufgreifen. Abschließend werden neue Inhalte und Klassifikationen der theoretischen Debatte um den Begriff der Fürsorge umrissen, um die Intention einer modernen Fürsorgearbeit im derzeitigen gesellschaftlichen und institutionellen Rahmen darzulegen.

Die Analyse der inhaltlichen Bedeutung von Ethik greift eine über Jahrhunderte geführte Diskussion auf, die sich mit der Irritation naturalistischer Verständigung um das Richtige und das Falsche Handeln in guter Überzeugung innerhalb einer Lebenspraxis auseinandersetzt (vgl. Goergen, 2010, S. 194-197). Dahin gehend kann an dieser Stelle das allgemeine Ethikverständnis nur in Bruchteilen wiedergegeben werden, um den konkreten Bezug zur Pflegeethik herstellen zu können.

Das Standardwerk „Dorsch. Lexikon der Psychologie“ definiert Ethik wie folgt:

„[gr. ethos Haltung, Gepflogenheit, Sitte], [PHI], Morallehre, die Lehre vom Guten und seinen Ggs., von den Prinzipien des sittlichen Handelns und von den sittlichen Werten. Die Ethik ist praktische Disziplin der Philosophie. Zur Ps. der Ethik gehören sittliches Wertbewusstsein (wie das Gewissen) und verantwortungsbewusstes Verhalten.“ (Dorsch, 2013, S. 499, Hervorheb. i. O.)

Sowohl Immanuel Kant als auch Arthur Schopenhauer knüpfen hingegen an anthropologische Grundannahmen an, welche „[...] ,das Bewusstsein des Vermögens einer

reinen praktischen Vernunft‘ oder ‚das alltägliche Phänomen des Mitleids‘ als letztes ‚Fundament der Moralität in der menschlichen Natur‘ [...]“⁵⁴ (Goergen, 2010, S. 197) strukturell auf einer Ebene liegend aufzeigen. Normative Moraltheorien, als Synonym für das ethische Denken zu verstehen, zielen demnach darauf ab, „[...] den Geltungsanspruch von Moral dem Zweifler plausibel zu begründen.“ (ebd., S. 198).

Goergen (ebd.) kritisiert die sich daraus ergebene Fragestellung hinsichtlich der Charakterisierung eines richtigen moralischen Urteils. Stattdessen attestiert er mit seiner Umformulierung einen größeren Nutzen: „Was alles ist an einem moralischen Urteil beteiligt? [...] Welche affektiven, welche kognitiven und welche gemischt-mentalischen Prozesse sind an einem komplexen moralischen Urteil beteiligt?“ (Goergen, 2010, S. 198). Diese Forderung nach einer erweiterten Auseinandersetzung impliziert, dass sich verschiedenste mentale Aktivitäten im Prozess der Urteilsfindung beteiligen. Neben dem guten Willen spielen ebenso moralische Empfindungen, das Bewusstsein sozialer Eingebundenheit, strategisches Denken, Kalkulieren und logisches Kombinieren eine wesentliche Rolle. Dabei regulieren sich die mentalen Tätigkeiten frei von einer hierarchischen Einordnung (vgl. ebd.).

Nun ergibt sich aus dem allgemeinen Einblick die Notwendigkeit der beruflichen Einordnung des Begriffs: die Pflegeethik als Teildisziplin der Ethik. Die Dynamik, die sich nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes allmählich im Berufsverständnis niederschlug, offenbarte von Gehorsamkeit befreite Entscheidungsspielräume. Es bedarf allerdings gewisser Orientierungshilfen, um verantwortliche Entscheidungen treffen zu können. Hier greift die Ethik, die zur Aufgabe hat, ebendiese Orientierung anzubieten und zu begründen. Sie soll dazu beitragen, „[...] das moralische Handeln in der Pflege zu fördern bzw. zu verbessern. [...] [Und, d. Verf.] die Struktur speziell pflegerischen Urteilens und Handelns unter moralischer Rücksicht zu untersuchen, kritisch zu hinterfragen und auf mögliche Fehlwirkungen hinzuweisen.“ (Hofmann, 1996, S. 6).

Klassische Ethiktheorien basieren auf einem oder mehreren ethischen Grundsätzen:

Autonomie, Gerechtigkeit und Wahrheit führen in ihrer Korrelation zur moralischen Entscheidungsfindung. Dabei unterscheidet sich die Anwendung der Grundsätze, ob die Folgen der Handlung im Sinne der utilitaristischen Ethik Berücksichtigung finden oder, ohne Rücksicht auf Folgeerscheinungen, als Pflichtethik angewandt werden. Für die Pflegeethik bedeutet dieser theoretische Ansatz, dass in „[...] allen Fällen [...] als Grundlage der Entscheidungsfindung die Fähigkeit angesehen [wird, d. Verf.], ein moralisches Urteil möglichst autonom und unparteiisch sowie nach (ausschließlich) rational bestimmbar, verallgemeinerungsfähigen Kriterien zu fällen.“ (ebd., S. 10).

Die sukzessive Entwicklung des Berufsethos der Pflege wurde vornehmlich von gesellschaftlichen und konfessionsgebundenen Traditionen und Erwartungen beeinflusst, die bereits im zweiten und dritten Kapitel vorgestellt wurden. Neben der christlichen Prägung

54 Diese Beschreibungen entnahm Goergen einer Akademie-Textausgabe (Band V), unter dem Titel „Kritik der praktischen Vernunft“ von Kant.

pflegerischen Handelns, war auch die weibliche Zuordnung für ebendiese Tätigkeit bestimmender Faktor für die „[...] Wertorientierung der Pflege [...]“ (Rabe, 2009, S. 23). Die Fremdbestimmung, die die pflegerische Position formte, ist auf der Ebene der moralischen Verantwortung zu verorten. Auch an dieser Stelle waren ursächlich die Unterordnung der Frauen unter den Männern sowie die christlichen Ideale, wie Selbstlosigkeit und Gehorsam, verantwortlich (vgl. ebd., S. 31 f.). Steppe sprach von der „[...] Trägheit des Willens [...]“ (1993, S. 167) (zit. In Rabe, 2009, S. 28) als menschliche Schwäche hinsichtlich der gehorsamen Mitwirkung des pflegerischen Berufsstandes an den Tötungen unter dem Deckmantel der ‚Euthanasie‘. Dieser unreflektierte Gehorsam zusammen mit dem Mangel an moralischer Autonomie seien begründete Argumente, auch der Pflege eine Schuld anzurechnen. Die Aufarbeitung über die Prozesse nach 1945 stellten mit ihren Ergebnissen fast schon eine heilsame Erkenntnis dar, die den Anstoß zur Neuorientierung in der Berufsauffassung sowie in den ethischen Auseinandersetzung brachte (vgl. ebd.). Monika Bobbert formulierte in ihrer Untersuchung zur Geschichte der Pflege und zur Entwicklung der Pflegeethik, dass die Veränderungen der moralischen Orientierung der Pflege nach dem Zweiten Weltkrieg präzise zu benennen seien. Die bisherigen Konstanten Gehorsam und Loyalität als Gewohnheitshandlungen wurden abgelegt, um sich stattdessen am Wohl der Patientinnen und Patienten zu orientieren (vgl. Rabe, 2009, S. 32).

Die langwährende Lethargie pflegerischen Aufbegehrens erfasste schon Florence Nightingale 1858 in ihren „Notes on Nursing“:

„Ich brauche das Wort ‚nursing‘ mangels eines besseren. Es wurde bisher so eingeengt, dass es wenig mehr bedeutete als die Verabreichung von Medikamenten und die Anwendung von Umschlägen... Ich glaube dagegen, dass die eigentlichen Elemente der Krankenpflege noch völlig unbekannt sind.“ (Nightingale, 1858, o. S.) (zit. in Wettreck, 2001, S. 11)

Damit spricht sie die zwei Tugenden an, die für eine gute Schwester wünschenswert waren: Folgsamkeit und Pflichttreue ordneten sich in eine Reihe scheinbar unentbehrlicher Eigenschaften ein, die auch im nationalsozialistischen Deutschland oberste Priorität besaßen (siehe dazu Kapitel 3 und folgende). Erst in den siebziger Jahren, mit den zunehmenden Möglichkeiten in internationalen Austausch treten zu können, begann sich das von Nightingale beschriebene tradierte Bild der Pflege bunter zu gestalten.

Diese auf- und ausbruchsbringende Stimmung gewann in den achtziger Jahren an Kraft (vgl. Hofmann, 1996, S. 3 f.).

Entscheidend für den Einzug ethischer Elemente waren drei historische Ereignisse, die schon im einführenden Beitrag des Kapitel 5 teilweise dargestellt wurden, sodass an dieser Stelle lediglich kurz darauf eingegangen wird (vgl. Hofmann, 1996, S. 4).

Eine tragende Rolle spielte die bereits erwähnte Neufassung des Krankenpflegegesetzes und der damit einhergehenden Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung an die Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft von 1985. Die erstmalige Formulierung eines eigenständigen Berufsauftrages ebnete den Weg für eine pflegeethische

Auseinandersetzung. Gleichzeitig befeuerte die Begegnung mit internationalen Konzepten und Modellen, überwiegend aus den USA, die Rezeption von Pflgetheorien auch im deutschsprachigen Raum. Nach der erfolgreich abgeschlossenen Krankenpflegeausbildung waren einige Krankenschwestern bestrebt durch ein Pflegestudium in den USA, Schottland oder England, die bestehenden Qualitäten mit den dort gewonnen Erkenntnissen zu erweitern. Der Transport in die deutsche regionale Pflegelandschaft regte eine Entwicklung hinsichtlich pflgetheoretischer Aspekte an und inspirierte das pflegerische Selbstverständnis, die bisherigen Paradigmen medizinisch-hierarchischer Strukturen zu überwinden. Basierend auf anthropologischen Konzepten, reagierte die originär ausgerichtete berufliche Positionierung mit Fragestellungen, die die pflegerische Verantwortung in den Fokus brachten, die jedoch ohne eingehendes ethisches Nachsinnen nicht zu erschließen wären (vgl. ebd.).

Die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Reglements erhob die pflegerische Ausbildung in den Status eines akademischen Grades. Verschiedene Studiengänge ermöglichten der Pflege in Deutschland sich ihrer tradierten kritiklosen Subordination unter ein gesellschaftliches Gesamtkonstrukt, sowie im Einzelnen unter der ärztlichen Allmächtigkeit, zu entledigen und anderen Berufsgruppen gleichberechtigt entgegen zu treten. Der hier neu geschlossene Vertrag mit der selbstständigen Verantwortung birgt die Verpflichtung, bestimmte ethische Werte anzunehmen (vgl. ebd., S. 4 f.). Mit der deutschen Veröffentlichung des zwar schmalen Buches von Carol Gilligan⁵⁵ im Jahre 1984 unter dem Titel „Die andere Stimme. Lebenskonflikte und die Moral der Frau“⁵⁶ wurde eine systematische Ethikdebatte angestoßen. Diese „feministische Ethik“-Debatte (Schnabl, 2002, S. 270) wurde von Gilligan allerdings nicht vornehmlich intendiert. Im Gegensatz zur klassischen anthropologischen Konzeption des autonomen Selbst, richtet sich Gilligan nach einer beziehungsorientierten Sicht des Selbst aus. Gefühle wie Empathie und Mitleid steuern ebenso wie die klassische Vernunftbegründung die moralische Urteilsfindung. Die Gerechtigkeitsperspektive der ethischen Grundprinzipien wird um die Komponenten persönliche Bindung, moralische Gefühle und Situativität moralischer Entscheidungen erweitert. Gilligan führt dabei einen repressiv erscheinenden Begriff als eigenständige Moralperspektive in die Ethikdiskussion ein:

Die Ethik der Fürsorge steht einer Ethik von Recht und Gerechtigkeit gegenüber (vgl. ebd., S. 270–274). Die aktuelle Begrifflichkeit zur Fürsorge wird in diesem Kapitel abschließend skizziert.

55 Gilligans umfangreicher ethischer Diskurs kann zum einen in einem Beitrag von Christa Schnabl mit dem Titel „Feministische Ethik: Profil und Herausforderungen“ nachgelesen werden, zum anderen direkt aus den Veröffentlichungen Gilligans. Einen weiteren Überblick verschafft ebenfalls der Text „Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik“ von Nikola Biller-Andorno (2001).

56 Originaltitel: „In a Different Voice“ (1982, USA)

Weitere frauenorientierte ethische Aspekte arbeitete später auch Marianne Arndt 1996 heraus, wobei ihre Ausrichtung stark geschlechtsspezifischer Eigenschaften durchaus kritisch wahrgenommen wurde:

1. Das Denken in Zusammenhängen und in Beziehungsgefügen, statt abstrakt und analytisch zerlegend.
2. Das moralisch [sic] Empfinden von Frauen wird stärker bestimmt durch Mitempfinden (Empathie), Sorgen- für und Sich-sorgen-um; Männer denken in Kategorien wie Recht, Fairneß [sic], Pflicht.
3. Die Hinwendung zu konkreten Menschen in konkreten Situationen mit einem Sensus für die tieferen Zusammenhänge, den Kontext. (Hofmann, 1996, S. 11)

Der umfangreiche Diskurs innerhalb der Debatten zur Professionalisierung und Akademisierung in den Anfängen der 1990er Jahre brachte berufsethische Kodizes hervor. Diese sollen aber weniger ein Abbild der Realität sein, als vielmehr „[...] dem Nachdenken über berufliches Handeln normative Orientierung [...]“ geben (Rabe, 2009, S. 51). Sie offenbaren eine allgemein formelle Wertorientierung für die Berufsgruppe Pflege. 1950 veröffentlichte die American Nurses Association den ersten pflegeethischen Kodex. Der ICN legte in Folge dessen 1953 den ersten international gültigen Kodex vor, der für viele nationale und regionale Pflegekodizes als Vorlage zur weiteren Ausgestaltung diente (vgl. ebd., S. 32 f.). Innerhalb Deutschlands gelten Kodizes verschiedener Verbände. Die bedeutendsten deutschen Kodizes brachten folgende Organisationen hervor:

„Die ethische Verantwortung der Pflegeberufe“ der katholischen Pflegeorganisationen Caritas- Gemeinschaft, Caritasverband und des Katholischen Berufsverbandes (1998)

- die ‚Ethischen Leitlinien‘ des Evangelischen Fachverbandes für Kranken- und Sozialpflege (1993)
- Berufsethische Grundsätze des Deutschen Roten Kreuzes (1998)
- die ‚Berufsorganisation für professionell Pflegende‘ der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (ADS) (2002) (Rabe, 2009, S. 32 f.).

Die genannten Kodizes der verschiedenen Organisationen werden nun grob umrissen, um vor allem mit der zusammenführenden Betrachtung prägnante gemeinsame Eigenschaften ethischer Komponenten zu enthüllen. Vorangestellt wird hinsichtlich des eben Erwähnten der Kodex des ICN.

ICN

Der Kodex des ICN gliedert sich in eine Präambel und vier Abschnitte, in denen die Angehörigen des Pflegeberufs auf vier verschiedenen Ebenen berufsethische Orientierung erhalten. Die Pflegenden werden in Verbindung mit ihren Mitmenschen, der Berufsausübung, der Profession und ihren Kollegen gesetzt. Zu den grundlegenden Aufgaben

gehören: Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern. Ein weiterer Aspekt ist das Diskriminierungsverbot aufgrund des Alters, des Geschlechts und Glaubens sowie der Hautfarbe. Die gesellschaftliche Verantwortung der pflegeausübenden Person besteht nach dem Kodex darin, „[...] Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen [...]“ (ebd., S. 33). Die persönliche Verantwortung liegt hingegen in der Pflicht sich fortwährend weiter zu bilden und einen gesundheitsbewussten Umgang mit sich Selbst zu pflegen.

Der vierte Abschnitt „Pflegerische und ihre Kollegen“ appelliert im besonderen Maße an das pflegerische Verantwortungsbewusstsein. So heißt es an einer Stelle: „Die Pflegerische greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.“ (ebd., S. 34). Dieser Satz gewinnt hinsichtlich der vorherrschenden Thematik dieser Arbeit an eminenter Bedeutung. Das Bewusstsein individueller Bedürfnisse und das Gewähren von schutzbringenden Handlungen für den Einzelnen, verhilft der Pflege eine neue Position einzunehmen. Ebendiese kann als die sogenannte pflegerische Anwaltsfunktion bezeichnet werden, die aus dem angloamerikanischen Diskurs herrührt (vgl. Rabe, 2009, S. 33 f.). Im zweiten Abschnitt „Pflegerische und die Berufsausübung“ wird der Pflege vielmehr eine Art „moralische Wächterfunktion“ (ebd., S. 34) zugesprochen, die gewährleisten soll, „dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit der Würde und den Rechten des Menschen.“ (ebd.).

Katholische Pflegeorganisationen

Im Positionspapier der katholischen Pflegeorganisationen wird der Grundbegriff der Ethik definiert. Keine andere Schrift widmete sich der begrifflichen Klärung, die mit folgenden Worten beginnt: „Ethik meint das systematische Nachdenken über die sittlichen Maßstäbe des menschlichen Handelns bezüglich der Frage: Was sollen wir tun?“ (ebd.). Im Allgemeinen kommt das Papier zum einen der Vermittlung christlicher Ethik für Pflegeberufe zugute, zum anderen zeigt es die Relevanz für konkretes pflegerisches Handeln auf. Sechs ethische Leitkonstanten verantworten die Pflege mit

der Pflicht im Umgang mit Menschen stets respektvoll zu sein und individuelle Erscheinungen zu achten. Das christliche Menschenbild wird elementarer Würde zugeschrieben, wobei dies auch anderen weltanschaulich-religiösen Ansichten zugestanden wird und dementsprechend dahin gehend die Bereitschaft für eine Zusammenarbeit vorhanden ist (vgl. ebd., S. 34 f.).

Evangelischer Fachverband für Kranken- und Sozialpflege

Der Name wurde 2002 in Evangelischer Fach- und Berufsverband für Pflege e. V. geändert. Der Kodex begreift das pflegerische Engagement, christliche Grundsätze vorzuleben. So wird

beispielsweise als Ziel formuliert: „[...] die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des kranken oder behinderten Menschen und sein inneres Wachsen und Reifen, damit er seinen Weg bejahen und zu seinem Glauben finden kann.“ (ebd., S. 35). Der Verband fordert mit seinen „Ethischen Leitlinien“, Glauben und Handeln in eine intensive Korrelation zu bringen. Damit knüpft der Kodex am stärksten an die traditionelle Wertorientierung an.

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)

Die berufsethischen Grundsätze des DRK stützen sich auf sieben weltbekannte Grundsätze: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität. Das Humanitätsprinzip gilt als Maxime und betont die Neutralität in Bezug auf eine individuelle Hinwendung zum einzelnen Menschen. Die Grundsätze überschneiden sich innerhalb ihrer inhaltlichen Ausrichtung, da die berufsethische Bedeutung erst nachträglich integriert wurde. Wesentliche ethische Prinzipien wie Autonomie, Verantwortung und Fürsorge finden in diesem Kodex keine eindeutige Erwähnung (vgl. Rabe, 2009, S. 37 f.).

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (ADS)

Die „Berufsordnung für professionell Pflegende“ der ADS enthält wichtige normative Forderungen, die in anderen Kodizes nicht zu finden sind. Ein Punkt ihres Kodex umschreibt die Aufgabenbereiche der Pflege mit dem Passus zur Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie. An dieser Stelle heißt es: „Sie vergewissern sich, dass die Leistungsempfänger die notwendigen Informationen erhalten und in die Maßnahmen eingewilligt haben.“ (ebd., S. 39). Die Aufklärung von Patientinnen und Patienten sowie deren autonome Zustimmung zu einer Behandlung sind zwei Vorgänge, die in der retrospektiven Betrachtung im ‚Euthanasie‘-Geschehen zu keiner Zeit zu beobachten waren. Das Pflegeprofil gewinnt dahin gehend mit der Wächterposition an Qualifikation.

Ein weiterer Abschnitt wird unter dem Titel „Berufliches Verhalten“ aufgeführt und enthält Beschreibungen zum Stichwort „Verantwortung der professionell Pflegenden gegenüber den Interessen der Gesellschaft“. Der Abschnitt besagt, dass professionell Pflegende „[...] nachhaltig darauf aufmerksam [machen sollen, d. Verf.], wenn aufgrund personeller und finanzieller Bedingungen eine sichere Gesundheitsversorgung nicht mehr gewährleistet ist.“ (ebd.). Diese Handlungszuschreibung soll das pflegerische Personal ermutigen eventuell aufkeimende Missstände interner Art zu veröffentlichen.

Die Schweigepflicht steht dahin gehend im scharfen Kontrast, da ausdrücklich formuliert wird, dass interne Angelegenheiten nicht an Dritte weiter gegeben werden dürfen (vgl. ebd.).

Resümee: Wesentliche berufsethische Elemente der Kodizes

Der grobe Abriss der vier verschiedenen Kodizes weist in der zusammenfassenden Rückschau zentrale immer wiederkehrende Elemente auf. Das Bestreben, die Würde eines jeden Menschen zu achten und Verschiedenheiten, sowohl im Wesen als auch in den Verhältnissen zu respektieren, ist ein gemeinsamer Moment aller Kodizes. Ebenso hat jeder Kodex die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens verinnerlicht, unabhängig welcher weltanschaulichen Ausrichtung dem dahinter stehenden Träger zu eigen ist. Das Verhalten der Pflegenden im Sinne berufsethischer Intentionen wird bestimmt durch ethische Prinzipien wie Verantwortung, Vertraulichkeit und Achtung der Autonomie gegenüber anderen, aber auch gegenüber sich selbst. Eine ethische Reflexion wird als wichtiger Bestandteil des Berufsverständnisses verstanden und soll damit den Bruch des Ideals Gehorsam einleiten (vgl. Rabe, 2009, S. 39). Die bereits benannten Funktionszuweisungen eines Anwalts und eines Wächters versinnbildlichen die zunehmende Eigenständigkeit der Pflege. Abgesehen davon verantworten alle Träger die Pflege, eine konstruktive Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu forcieren.

Betrachtet man verschiedene Studien, die sich mit den ethischen Anteilen in der heutigen Krankenpflegeausbildung beschäftigen, wird gerade der Ethikunterricht von Examinierten retrospektiv kritisch beurteilt. Eine Befragung von Anja Schopp et al. Von 2004 brachte zu Tage, dass nur etwa ein Drittel der Befragten pflegeethischen Unterricht hatten (vgl. Schopp et al., 2004, S. 159 & 163). Zu anderen Ergebnissen kam die Studie von Werner Schweidtmann (1997, S. 6), in der knapp drei Viertel der Pflegenden über ethische Aspekte in ihrer Ausbildung berichten konnten. Die auffallende Diskrepanz beider Resultate begründet Rabe (2009, S. 40) mit augenscheinlich verschieden ausgerichteten methodologischen Zugängen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass in den Fällen, in denen angegeben wurde keinen solchen Unterricht gehabt zu haben, dieser lediglich nicht mehr in der Erinnerung ist. So zeigt Schweidtmanns (1997, S. 7) Blick auf die Qualität des Ethikunterrichts in der Ausbildung, dass geringe 18% der Befragten diesen als hilfreich empfunden haben, dagegen gaben 60% Unzufriedenheit hinsichtlich des Unterrichts an. Gerade mal 25% der Befragten in der im Jahr 2000 veröffentlichten Studie von Katrin Eilts-Köchlin et al. teilten mit, dass ihnen berufsethische Grundsätze bekannt seien. Diese Studie beschließt, dass „die Diskussion um Pflegeethik fast ausschließlich auf der akademischen Ebene stattfindet.“ (Eilts-Köchlin et al., 2000, S. 45).

Wahrhaftigkeit als pflegeethische Wertvorstellung

Die Analyse von Wahrhaftigkeit im Angesicht kranker und sterbender Menschen bedeutet für die pflegeethische Forschung eine Neuaufstellung der pflegerischen Wertvorstellungen. Nachdem im vierten Kapitel mit der Auseinandersetzung zweier an der ‚Euthanasie‘ beteiligter Schwestern, ausführlich dargelegt wurde, in welcher Art und Weise die Patientengruppe entmündigt und vor dem eigentlichen Anliegen der pflegerischen Versorgung im Dunkeln gelassen wurde, soll mit ebendieser Forschung der Schleier in der

gegenwärtigen Gesundheitspolitik gelüftet werden. Vormalig undurchsichtige Strukturen vergegenwärtigen sich in einer wahrhaftigen Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Die Wahrheitsthematik in der ethischen Debatte hinterfragt die Bedingungen, welche beispielsweise bei der Begleitung kranker und sterbender Menschen berücksichtigt werden sollten.

Nach klassischen philosophischen Traditionen ist die Wahrheit stets dasjenige, welche in Übereinstimmung von Aussage und Wirklichkeit als rationale Erkenntnis liegt. Diese eher medizinische Objektivierung in Form der wahrheitlichen Diagnosenstellung wird hingegen aus human- und geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen weniger eindeutig zugänglich (vgl. Hofmann, 1996, S. 12). Der ethische Wahrheits-Diskurs differenziert sich in eine reglementierte Sachwahrheit, wie es beispielsweise mit dem Gesetz der Schwerkraft experimentell belegbar ist, sowie der wahrheitlichen Aussage gegenüber einem Menschen, der abhängig von seiner Konstitution die Möglichkeiten der Entfaltung freiheitlich bestimmen kann. Hier kann keine Gesetzmäßigkeit greifen, da neben der rein rational-gedanklichen Ebene auch der emotional-psychologische Bereich beteiligt ist. Die individuell erfasste Wahrheit durchläuft eine prozesshafte Aufarbeitung.

Werden schließlich resultierende Erscheinungen ins Bewusstsein geholt, Konsequenzen abgesehen, so wird aus der Aussage persönliche wahrheitliche Wirklichkeit.

Die Prozessdauer ist abhängig von:

- a) der individuellen Verfassung eines Menschen in seinem personalen und sozialen Bezügen,
- b) und der Unsicherheit oder Gewissheit der Betroffenen darüber, ob diese bei der Auseinandersetzung unterstützt werden.

Im Umgang mit kranken und sterbenden Menschen bedeutet dies letztlich, dass zwar Diagnose und Prognose zweifelsfrei benannt werden können, jedoch die personelle Wahrheit unter Umständen im Zweifel verbleibt (vgl. Hofmann, 1996, S. 13). Um die Diffizilität zu verdeutlichen, wird ein praxisnahes Beispiel angebracht: Aufgrund eines Motorradunfalls bricht sich der Betroffene den siebenten Brustwirbel. Diagnose: Querschnittslähmung. Prognose: ein Leben im Rollstuhl. Was ist nun die Wahrheit für den Betroffenen? Claudio Kürten befand sich in ebendieser Situation und beschreibt sein Wahrheitsverständnis, seine Auseinandersetzung mit der Bekanntgabe der diagnostischen und prognostischen Beurteilung im Jahr 1987 erschienenen Heft „Patienten-Wirklichkeit“ wie folgt:

„Stellen Sie sich vor: An einem einzigen Tag Ihres Lebens wird durch einen Unfall entschieden: Ihre Ehe ist fragwürdig, denn Sie sind nicht mehr partnerschaftsfähig. Sie werden fristlos entlassen, denn Sie sind nicht mehr leistungsfähig. Ihr Zuhause, Ihre Wohnung wird gekündigt, denn Sie schaffen die Treppen nicht mehr. Ihre Zukunftspläne werden annulliert, denn Sie sind untauglich geworden. [...] Ihre Umgebung zieht sich zurück, denn Unglück steckt an.“ (Kürten, 1987, o. S.) (zit. In Hofmann, 1996, S. 13 f.)

Den Tatsachen steht die eigene zweifelbehaftete Wahrheit gegenüber. Für die Auseinandersetzung bedeutet es, in der pflegerischen Interaktion die verschiedenen Ebenen der Wahrheit anzuerkennen und dem Prozess zu folgen. An dieser Stelle tritt das ethische Dilemma in Erscheinung, in welchem sich die stete wahrheitsgemäße Informationsweitergabe vom Verlauf der Erkrankung diskussionswürdig verhält. Der ehrliche Umgang zwischen dem Pflegepersonal und den Patientinnen und Patienten gestaltet sich in dem Maße komplex, da diese Gruppe nur aus der reglementierten Sachwahrheit aus der im Grundrecht verankerten Selbstbestimmung schöpfen kann.

Berücksichtigt man allerdings den allgegenwärtigen emotional-psychologischen Bereich, so kann pragmatische Sachwahrheit dramatische unkontrollierbare Veränderungen nach sich ziehen (vgl. Hofmann, 1996, S. 14).

Die Möglichkeit, dass die Betroffenen die Wahrheit nicht verkraften könnten, kann mit einer unsicheren sorgenvollen Interaktion einhergehen, welche schließlich die Selbstbestimmung der besagten Gruppe untergräbt. Betrifft es gar solche Menschen, deren pathologisch belastetes Schicksal auf keine kurativen Behandlungen mehr anspricht, wird mit dem Umhüllen der Wahrheit jenen Menschen die eigene individuelle Bedürfnisgestaltung für die verbleibende Lebenszeit genommen. Der vermeintliche Schutz für den Menschen birgt den Entzug ihrer Mündigkeit (vgl. Hofmann, 1996, S. 14 f.).

Diskursethisch betrachtet muss zur Auflösung dieser Diskrepanz eine gemeinsame Sprachebene gefunden und aufgenommen werden. Die fünf Argumente, welche für eine unzureichende Wahrheit im klinischen wie im außerklinischen Kontext begründend aufgeführt werden, können nichtsdestotrotz, mit der Berücksichtigung einer kontinuierlichen Annäherung an die Wahrheit, für eine gemeinsame Sprachebene sinnvoll erscheinen.

- a) Die Schonung der Patientinnen und Patienten kann zum Schutz vor drastischen Maßnahmen wie dem Suizid verstanden, oder aber in Form der wahrheitlichen Annäherung als Chance für das eigene Aushandeln genutzt werden.
- b) Wenn Betroffene die Wahrheit nicht wissen wollen, so kann der Weg mit Behutsamkeit geebnet werden, damit aus der anfänglich gewünschten ausweichenden guten Wahrheit schließlich die Wahrheit quälende Ungewissheiten beseitigt.
- c) Die Hoffnung, in Erwartung auf Heilung oder aber auf ein sinnerfülltes Leben bis zuletzt, darf nicht zerstört werden.
- d) Die Unsicherheiten der Prognose können auf Durchschnittswerten basieren, deren potenzielle Irrtümlichkeit für Betroffene sehr belastende Auswirkungen bedeuten können, sodass entweder auf konkrete Angaben verzichtet, oder aber mit Nachdruck auf statistische Diskrepanzen hingewiesen werden sollte.
- e) Die Sicherung des leichten Sterbens ist nicht nur mit der zurückgehaltenen Wahrheit zu erreichen, sondern kann ebenso mit ihrer Offenlegung bewusste sinnerfüllte Momente schaffen (vgl. ebd., S. 15 ff.).

Es muss an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass dem pflegerischen Personal zwar nicht die erforderliche Gesprächsautonomie im Sinne einer wahrheitlichen Aufklärung zugrunde liegt, die Informationsbereitschaft der Ärzteschaft allerdings die wahrhaftige pflegerisch-offene Interaktion zu Patientinnen und Patienten im alltäglichen Umgang dahin gehend beeinflusst, dass sich bestimmte individuell-ethische Verhaltensmuster manifestieren.

Es ist ersichtlich, dass der exemplarische Exkurs der Wahrhaftigkeit als pflegeethische Wertvorstellung bei weitem nicht ausgeschöpft ist. Die Auseinandersetzung mit der „Wahrheit am Krankenbett“ (Hofmann, 1996, S. 14) ist allerdings eine bedeutende pflegeethische Hinwendung in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Struktur und gerade in Hinblick auf die historischen Wahrheits-Qualitäten ein Schritt in die systematische Aufarbeitung der tötungsbringenden Weisungsgebundenheit zu nationalsozialistischen Zeiten. Schließlich kristallisiert sich mit den ethischen Forderungen und Bestrebungen eines sehr deutlich heraus: Die gehorsamsbelastete Mündigkeit und Unmündigkeit des pflegerischen Berufsstandes, so wie sie im Zuge der diskursanalytischen Auseinandersetzung (siehe dazu Kapitel 4.3.2) kritisiert wurde, positioniert sich nun in einer weitaus reiferen Selbstständigkeit. Zusätzlich gewinnt auch die Patientengruppe an mündiger Kompetenz.

Fürsorge als ethisches Prinzip

Die Untersuchung des moralischen Mikroklimas im gegenwärtigen pflegerischen Alltagsleben konzentriert sich an dieser Stelle auf eines der pflegeethischen Prinzipien.

Neben der Gerechtigkeit, dem Dialog und der Verantwortung im Kontext des ethischem Horizontes steht die vermeintlich antiquierte Fürsorge. Die Begrifflichkeit Fürsorge erscheint in der bisherigen Entwicklung eher obsolet geworden zu sein, da mit der oben beschriebenen Ausrichtung pflegeethischer Handlungsperspektiven die paternalistische Fürsorge im Rahmen der nationalsozialistisch-institutionellen Ausprägung abgelegt wurde. Die modernen Kategorien der Pflege stützen sich auf die Grundpfeiler Professionalität, Rationalität, Autonomie und Gerechtigkeit seitens der Pflegenden sowie auf das Recht auf Zuwendung und mündiger Selbstbestimmung aufseiten der Zuwendungsbedürftigen. Aufgrund der klassisch-semanticen Korrelation von Weiblichkeit und Fürsorge als etwas Vormodernes, verschwand dieser Begriff scheinbar in den 60er Jahren aus dem theoretischen Arbeitsfeld (vgl. Schnabl, 2005, S. 57). Bis zur besagten Veröffentlichung im Jahre 1984 übte Fürsorge theoretische Abstinenz aus.

Die Funktion der Existenzsicherung, welche die Fürsorge nach dem Ersten Weltkrieg eingenommen hatte, hat trotz des beachtlichen Ausmaßes an sozialen Problemen nach dem Zweiten Weltkrieg an Bedeutung verloren. Anstelle der Fürsorge wurde der Versicherungs-Begriff favorisiert, im Genauen das Rentenprinzip (vgl. ebd., S. 51).

Hans Achinger schreibt über die Fürsorgepolitik folgendes:

„Das Rentenprinzip scheint das Fürsorgeprinzip völlig überholt, ja abgelöst zu haben. [...] In den Parlamenten und Ministerien wird die gemeindliche Fürsorge, die doch der Eckpfeiler der sozialen Sicherheit gewesen ist, als lästiges, kaum noch verständliches Überbleibsel einer verschwundenen Zeit behandelt.“ (Achinger, 1963, S. 182) (zit. In Föcking, 2007, S. 95).

Das öffentliche Ansehen von Fürsorge war derart ramponiert, dass ihr negativ konnotierte Eigenschaften wie Willkür zugesprochen wurden, das Offenlegen privater Vermögensverhältnisse verstand sich als Schnüffelei und die fürsorglichen Unterstützungen galten als wenig ehrenhafte Almosen. Die Vereinbarkeit von Fürsorge mit der Würde mündiger Staatsbürger und -bürgerinnen erschien immer weniger harmonisierend zu kooperieren (vgl. ebd., S. 96). Zwei Grundprinzipien der Fürsorge verbleiben aber auch im Bereich der Sozialhilfe: der Subsidiaritätsgrundsatz als nachrangige Existenzsicherung und der Individualisierungsgrundsatz als Grundlage für ein menschenwürdiges Leben. Neben diesen Grundsätzen erbrachte die Sozialhilfe weitere soziale Leistungen, dessen reiche Vielfalt sich an die Bereiche Ernährung, Unterkunft, Kleidung und individuelle Bedürfnisse wie der Teilnahme am kulturellen Leben orientierte. Trotz des Versuchs mit dem umfangreichen Leistungsspektrums des Sicherungsnetzes soziale Lücken zu schließen, und damit einhergehend eine Aufwertung zu erfahren oder zumindest sich in deutlicher Abgrenzung zur diffamierenden Konnotation von Fürsorge zu positionieren, wirkt sich der Sozialhilfeempfang weiterhin stigmatisierend aus (vgl. Schnabl, 2005, S. 55 f.).

Im deutschsprachigen Raum fand ‚care‘ (ebd., S. 58) als englisches Äquivalent Verwendung. Dabei war der Gedanke die semantische Konnotation durch historische Festlegungen zu umgehen und einen unbelasteten Begriff mit einer neuen gewünschten Semantik zu füllen. Die Umdeutung und Neuinterpretation eines tradierten Begriffes stellt ein überaus kompliziertes Verfahren dar. Bedenkt man nur die negativen Assoziationen, die mit dem Begriff ‚Euthanasie‘ innerhalb Deutschlands im Gegensatz zur Gebräuchlichkeit in anderen Ländern immer noch einhergehen, so erscheint es wissenschaftspolitisch nachvollziehbar. Schnabl (ebd.) ist allerdings davon überzeugt, dass die Verwendung eines unbelasteten fremdsprachlichen Begriffes den anachronistischen Charakter der eigenen Sprachtradition nicht vollends überwinden kann. Theda Rehbock (2005, S. 325) beschreibt in Bezug auf krankheitsbedingte Grenzsituationen menschlichen Daseins, dass ein leidvolles Erleben mithilfe von Fürsorge entgegenbringender Menschen aufgefangen werden kann und daher in ihrer Moralität zur „Grundform der menschlichen Praxis“ avanciert sei (ebd.). Die lange währenden paternalistischen NS-Strukturen, die mit dem Begriff Fürsorge bemantelt wurden, haben sich mit dem heutigen pflegerisch-autonomen Geschehen eher als „professionelle Nachfolgerin des alten Liebesideals“ verwirklicht (Rabe, 2009, S. 135). In den bereits vorgestellten berufsethischen Kodizes wird der Begriff Fürsorge auch synonym mit der Anwaltsfunktion verwendet und impliziert dahin gehend eine Verbindung zum Prinzip der Verantwortung. Jedoch begreift sich die gegenwärtige Fürsorge nicht nur als etwas von Dritten zu Empfangendes, sondern in eben solchem Maße als selbstsorgende Qualität (vgl. Rabe, 2009, S. 136).

Schließlich hat der Fürsorgebegriff in der ethischen Auseinandersetzung eine fundamentale Wesensdifferenzierung erfahren. Der nutznießende Charakter nationalsozialistischer Fürsorge in der Retrospektive ist eindeutig aus dem Gesundheitswesen verschwunden. Die Fürsorge begreift sich nun weniger als eine Komplizin gesellschaftlicher Bestrebungen, vielmehr verbündet sie sich mit den ausführenden und den empfangenden gesellschaftlichen Teilnehmern. Die ethischen Strukturen, die in der Pflege Fuß gefasst haben, sind bei Weitem noch nicht in dem Maße als grundlegende Handlungsperspektiven zu begreifen, die die in Verruf geratene Fürsorge im Kontext zur Selbstsorge und Autonomie in Balance bringen sollen.

Rabe (2009, S. 136) erbringt mit ihrem Gleichnis vom barmherzigen Samariter prospektive Gedanken für die Fürsorge als ethisches Prinzip. Sie bezeichnet ebendieses Gleichnis als „paradigmatische[n] Fallgeschichte“ (ebd.), die wichtige ethische und praktische Grundsätze des Helfens beinhaltet.

„Es war ein Mensch, der ging nach Jerusalem hinab nach Jericho und fiel unter die Räuber; die zogen ihn aus und schlugen ihn und machten sich davon und ließen ihn halbtot liegen. [...] Ein Samariter aber, der auf der Reise war, kam dahin; und als er ihn sah, jammerte er ihn; und er ging zu ihm, goß Öl und Wein auf seine Wunden und verband sie ihm, hob ihn auf sein Tier und brachte ihn in eine Herberge und pflegte ihn. Am nächsten Tag zog er zwei Silber Groschen heraus, gab sie dem Wirt und sprach:

Pflege ihn; und wenn du mehr aus gibst, will ich's dir bezahlen, wenn ich wiederkomme.“ (Lukas 10, 25- 37) (zit. in Rabe, 2009, S. 136) Das Vorgefallene berührt den Samariter innerlich aufgrund der allgemeinen menschlichen Grundsituation der Verletzlichkeit, sodass er ein Mitgefühl für den am Boden liegenden Menschen entwickelt. Mit der Hinwendung zum Hilfebedürftigen versinnbildlicht der Samariter den an alle gerichteten moralischen Appell und gleichzeitig versteht sich diese emphatische Gesinnung als Grundlage mitmenschlicher Fürsorge. Weiter kann die Hilfsbereitschaft des Samariters dahin gehend interpretiert werden, dass er sich in einer ähnlichen Situation ebenfalls hilfsbereite Hände wünschen würde. Daher nimmt er den Verlust von Silber Groschen und Zeit als Unannehmlichkeiten auf sich. Trotz seines umgehenden Eingreifens in die Situation ist sich der Samariter seinem eigentlichen Ansinnen bewusst. Seine Hilfe gestaltet sich nicht als vollkommene Opferbereitschaft, vielmehr positioniert er sich fürsorglich zum Gegenüber und gleichzeitig vergegenwärtigt er sein Ziel als Ausdruck der Selbstsorge.

Die Fürsorge verbleibt nicht im Moment, sondern orientiert sich am nachhaltigen Gedanken, indem weitere pflegerische Leistungen an den Wirt delegiert werden (vgl. Rabe, 2009, S. 136 f.). Auf der Metaebene wird hier eine Institution für die zwischenmenschliche Fürsorge geschaffen. Die Distanz, die damit einhergeht, gesteht dem Betroffenen, dem Fürsorgeempfänger, eigene Kompetenzen zu; für die ersten hilfreichen Schritte wird gesorgt ohne dem Verletzten seine Mündigkeit abzusprechen.

Die enge Kooperation der Fürsorge zum pflegeethischen Prinzip des Dialoges ist allerdings damit noch nicht ausreichend dargestellt worden. Die Gefahr einer Formalisierung und

Funktionalisierung der Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Patientinnen und Patienten wirkt sich maßgeblich auf die fürsorgerischen Qualitäten aus. Mit der dialogischen Grundhaltung kann eine Verbindung zur Fürsorge hergestellt werden. Sich den Medikamenteneinnahmen zu widersetzen kann durchaus aus vielschichtigen Beweggründen entspringen, die allein durch das zur Kenntnis nehmen und dokumentieren als formale und funktionale Absicherung für die Pflege, nicht der individualisierten Dialogform entsprechen. Weiter noch als das arbeitstechnische Reglement sollen mit den ethischen Elementen Signale erfasst werden und darüber hinaus andere Wege, Kompromisse, aufgezeigt werden. Das Respektieren von Willen und Wohl von Menschen über das dialogische Werkzeug vermag den Fürsorgebestrebungen entgegenzukommen.

Die qualitative Pflegewissenschaft setzt sich sehr umfassend mit dem pflegeethischen Begriff Fürsorge auseinander. Theoretische Rekonstruktionen bedienen sich verschiedener Strategien und Grundpositionen, um die Wurzeln der Fürsorge als ethische Kompetenz systematisch ans Licht zu bringen. So konträr, wie die Begrifflichkeit von Fürsorge in ihrer biographischen Darstellung in Erscheinung tritt, so konträr sind auch die systematisch-ethischen Debatten zur Legitimierung der Fürsorge.

Auf positivistischen wie auch metaphysischen Lehren gestützt, beschreibt Hjördis Nerheim (2001, S. 429–460) drei paradigmatische Grundlegungen der Fürsorge im pflegerischen Kollektiv: das Nightingalesche Paradigma, das Heidegger-Paradigma und das Ricoeur-Paradigma. Diese sehr interessanten Ausführungen müssen an dieser Stelle mit Namen benannt werden, nichtsdestotrotz sind diese in dem Umfang nicht hinreichend transzendent darstellbar, sodass auf die entsprechende Literatur verwiesen werden muss.⁵⁷ Die aktuelle Bedeutung und das Verstehen des Fürsorge-Charakters ist bei Weitem noch nicht ausgeschöpft, doch es kann festgehalten werden, dass sich die Fürsorge im Prozess humanistischen Bewusstseins befindet und sich ihrer niederträchtigen Gesinnung entledigt hat.

57 Das Buch „Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften“ von Hjördis Nerheim soll an dieser Stelle empfohlen werden, um einen fundierten Überblick über die benannten Paradigmen zu erhalten.

6 Zusammenfassung und Diskussion

Zum Ende dieser Arbeit soll durch die Betrachtung der Ergebnisse im Gesamtkontext ein Fazit gezogen werden. Die essentiellen Erkenntnisse sollen prägnant dargestellt und anhand der drei Forschungsfragen zusammengefasst werden. Um Ursachen-/Wirkungs-Zusammenhänge von Handlungen der dargestellten Schwestern aus einem diskursiven Blickwinkel zu betrachten, erschien es den Autorinnen und dem Autor sinnvoll, eine Kontextualisierung vorzunehmen. Aus dieser Überlegung ergab sich folgende erste Forschungsfrage:

1. Welche Bedeutung hatte die NS-Ideologie bei der Rollenfindung von Krankenschwestern im Dritten Reich?

Festzuhalten ist, dass die nationalsozialistische Ideologie nahezu in allen Bereichen des öffentlichen Lebens Einfluss genommen hat. Der Krankenpflegeberuf stellte hierbei keine Ausnahme dar, vielmehr wurde er im Sinne einer nationalsozialistischen Weltordnung als eine tragende Säule dieser Ideologie betrachtet. Genannt sei hier vor allem die Gründung der NS-Schwesternschaft im Jahre 1934 (vgl. Fischer, 1984, S. 89).

Ziel war es, durch einen neu geschaffenen Typus von NS-Krankenschwestern der Bevölkerung ein Vorbild zu präsentieren, um somit in der Gesellschaft Vertrauen zu erlangen. Des weiteren wurde durch eine ideologiegerechte Ausbildung von Krankenschwestern im Dritten Reich Einfluss auf die Sozialisation genommen. Neben strengen völkischen und ideologischen Zulassungskriterien zur Aufnahme der Krankenpflegeausbildung wie die Vorlage des Abstammungsnachweises, politische Zuverlässigkeit und Zugehörigkeit zum Bund Deutscher Mädel (vgl. RGBL. I Nr. 154, 1938, S. 1311) lässt sich die Neuauflage des Krankenpflegelehrbuches von 1938 als Ausdruck nationalsozialistischer Einflussnahme verstehen. Besonders zu betonen ist hier das Kapitel „Erb- und Rassenpflege“ (Christiansen et al., 1943, S. 6). Dieser Abschnitt steht gleich zu Beginn des Buches, den Lesern wird dadurch der Eindruck vermittelt, dass dieses Kapitel von elementarer Bedeutung sei. Inhaltlich wird beispielsweise in diesem Kapitel eine Einteilung hinsichtlich der Wertigkeit der Bevölkerung vorgenommen (vgl. ebd., S. 15) sowie die Bedeutung der eigenen ‚Rasse‘ in Verbindung mit Antisemitismus und Rassismus hervorgehoben (vgl. ebd., S. 32). Neben der inhaltlichen Ausbildung wurden den Lernschwestern charakterliche Attribute wie Gehorsam, Opferbereitschaft und Selbstaufgabe zugeschrieben, die im beruflichen sowie privaten Handeln Verwirklichung finden sollten.

Abschließend lässt sich die Forschungsfrage deutlich beantworten: Die Recherche in dieser Arbeit ergibt das Bild einer Krankenschwester, die nicht nur voll und ganz in den Idealvorstellungen der Nationalsozialisten aufging, sondern ein bedeutendes Glied im Staatsapparat darstellte.

Die zweite Forschungsfrage setzt an diesem Punkt an und stellt den analytischen Teil der Arbeit dar.

2. Welche Rolle nahm das Krankenpflegepersonal innerhalb der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘-Aktionen ein? Welche leitenden Motive lassen sich dabei in der diskursiven Betrachtung zusammenhängend mit dem Verantwortungsbewusstsein bestimmen?

Der Fokus der Betrachtung unter diskursanalytischen Aspekten liegt auf den Aussagen der Vernehmungsniederschriften zweier Krankenschwestern der Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde. Durch die diskursive Betrachtung der Aussagen konnten Schlüsse auf die Rolle und das Verantwortungsbewusstsein des Krankenpflegepersonals bei den ‚Euthanasie‘-Morden gezogen werden. Folglich ließ sich eine Suprakategorie Selbstschutz herausarbeiten, auf die die Aussagen der Vernehmungsniederschriften zurückzuführen sind. Hieraus ergaben sich die drei Subkategorien Mitleid, Hierarchie und Gewissenskonflikte. Anhand dieser ließen sich die genutzten Erklärungsmuster darlegen und durch Zitate bestätigen. Nach einer separaten Betrachtung der Analysestränge konnte festgestellt werden, dass sich durchaus Verbindungen zwischen den einzelnen Strängen ziehen lassen. So lässt sich abschließend festhalten, dass die Verbindungen unter den Subkategorien als Beleg für die Korrelation zur Suprakategorie stehen. Die Aussagen dienen stets dem Selbstschutz und werden als Abwehrmechanismus genutzt.

Verantwortung wurde von beiden Krankenschwestern somit bewusst oder unbewusst nicht übernommen.

Der Prozess der beiden Schwestern zeigt, dass nahezu erst 20 Jahre nach Befreiung vom nationalsozialistischen Deutschland eine Auseinandersetzung mit der Krankenpflege im NS-System stattfand. Um so wichtiger ist festzuhalten, wie sich gegenwärtig die Berufsgruppe der Pflegenden darstellt und welche Möglichkeiten einer Mündigkeit beobachtet werden können. Die dritte Forschungsfrage knüpft an diesen Punkt an.

3. Welche Perspektiven eröffnen sich für den pflegerischen Berufsstand nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes?

Nach 1945 lässt sich zunächst eine eher schleppende Entwicklung des Berufes beobachten. Zwar wurde das Krankenpflegelehrbuch bereits im Jahre 1947 bearbeitet und neu aufgelegt, allerdings geschah dies ausschließlich in Form von Streichungen der ideologiebeladenen Passagen. Erst mit Einzug von Innovationen aus dem angloamerikanischen Raum konnten Professionalisierungsbestrebungen auch in der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt werden. Genannt sei hier vor allem das Pflegen nach patientenorientierten Aspekten und die Einführung von evidenzbasierten Pflegestandards.

Damit einher geht die berufliche Auseinandersetzung unter Einbezug ethischer Maßstäbe bei der Versorgung von Patienten und Patientinnen. Im prozessualen Fortgang ist der kollektiv-priorisierende Charakter der nationalsozialistischen Gesundheitsversorgung verschwunden, an dessen Stelle tritt die Pflege als mündige Berufsgruppe und verbündet sich mit den empfangenden gesellschaftlichen Teilnehmern.

Welche Bedeutung haben diese Erkenntnisse nun für die gegenwärtige Situation der Pflege? Die Autorinnen und der Autor erkennen die Verbrechen der ‚Euthanasie‘-Aktionen als ein

singuläres Ereignis an. Ein Vergleich zu Pflegesituationen der Gegenwart würde eine Relativierung der Taten bedeuten. Es ist daher wichtig, dass das Verhalten und die Verantwortung der eigenen Berufsgruppe im Nationalsozialismus kritisch reflektiert wird, um das eigene Handeln in der Art zu gestalten, dass eine Wiederholung unter keinen Verhältnissen möglich ist. Die Auseinandersetzung mit der Rolle der Krankenpflege im NS-Deutschland spielt nach wie vor eine eher untergeordnete Rolle bei der Ausbildung neuer Pflegekräfte. Zudem empfinden die Autorinnen und der Autor den Bereich als nicht ausreichend erforscht, obschon die Thematik für das gegenwärtige Handeln eine große Rolle spielt.

Genannt werden kann beispielsweise die immer weiter fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitssektors. Patienten und Patientinnen werden von Kostenträgern durch ein Abrechnungssystem kategorisiert, indem Krankheiten unterschiedlich viel Geld für das Krankenhaus bringen. Trotz einer progressiven Entwicklung von marktwirtschaftlichen Zwängen, muss die Maxime einer menschlichen, mündigen und professionellen Versorgung im Vordergrund stehen. Die Auseinandersetzung mit den Taten der Krankenpflege im Dritten Reich soll dabei als ein ständiger Mahner dienen, um den positiven Prozess der Emanzipation der Berufsgruppe zu katalysieren und den Fokus von humanistischen Zielen im Pflegebereich nicht zu verlieren.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Begriff
Abs.	Absatz
ADS	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen
ADW	Archiv des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche Deutschlands
A.K.V.	Agnes Karll Verband
ARGB	Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie
BA	Bundesarchiv
BDM	Bund Deutscher Mädel
Bl.	Blatt (folierte Akten)
B.O.K.D.	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
CDU/ CSU	Christlich Demokratische Union/ Christlich Soziale Union
CO	Kohlenstoffmonoxid
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DAF	Deutsche Arbeiterfront
DAG	Deutsche-Angestellten-Gesellschaft
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSG	Deutsche Schwesterngemeinschaft
d. Verf.	des Verfassers/ der Verfasserin
EG	Europäische Gemeinschaft
et al.	et alii
EuroQuan	Europäisches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege
e. V.	eingetragener Verein
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FDP	Freie Demokratische Partei
ff.	folgende [Seiten]
f.	folgende [Seite]
GEKRAT	Gemeinnütziger Kranken-Transport
GG	Grundgesetz
Ggs.	Gegensätze

Abkürzung	Begriff
gr.	griechisch
HA	Hauptamt
Hervorheb.	Hervorhebung
ICN	International Council of Nurses
i. O.	im Original
KdF	Kanzlei des Führers
KrpfIV	Krankenpflegeverordnung
KTI	Kriminaltechnisches Institut
NS	Nationalsozialismus, nationalsozialistisch
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSRDS	Nationalsozialistischer Reichsbund Deutscher Schwestern
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
PHI	Philosophie und Wissenschaftstheorie
POS	Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule
Ps.	Psychologie
RAG	Reichsarbeitsgemeinschaft der Berufe im amtlichen und sozialen Dienst
RGBL	Reichsgesetzblatt
RM	Reichsmark
SA	Sturmabteilung
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SS	Schutzstaffel
UNRRA	United Nations Relief and Rehabilitation Administration
USA	United States of America
Vns.	Vernehmungsniederschrift
WHO	World Health Organisation
WHW	Winterhilfswerk
zit.	zitiert

Tabelle 1: Abkürzungen

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Organisation der Krankenpflege im Nationalsozialismus 1933	39
Abbildung 2: Organisation der Krankenpflege im Nationalsozialismus ab 1936	39
Abbildung 3: Organigramm Meseritz-Obrawalde	82
Abbildung 4: Kategorienbaum	90

Tabellen

Tabelle 1: Abkürzungen	165
Tabelle 2: Begriffsverzeichnis	14
Tabelle 3: Herkunft der Patienten und Patientinnen	79
Tabelle 4: Diagnosen der Patienten und Patientinnen	79

Literaturverzeichnis

- Aly, G. (1987). Aktion T4 1939-1945. Die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin: Edition Hentrich
- Aly, G. (2005). Die Wohlfühl-Diktatur. Serie (VI). In: Der Spiegel 10/2005. Abgerufen am 09.05.2015, von <http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/39613406>, S. 56
- Auswärtiges Amt (2008). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Würde und Gerechtigkeit für uns alle. Abgerufen am 06.05.2015, von <https://www.auswaertigesamt.de/cae/servlet/contentblob/358006/publicationFile/3524/AllgErklaerungMenschenRechte.pdf>, S. 18
- Asgarian, M. (2001). Entscheidungsspielräume und die unterschiedlichen Wahrnehmungen derselben durch die angeklagten PflegerInnen. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 99-107
- Becker, P. E. (1988). Zur Geschichte der Rassenhygiene. Wege ins Dritte Reich. Stuttgart, New York: Thieme
- Becker, P. E. (1990). Sozialdarwinismus, Rassismus, Antisemitismus und Völkischer Gedanke - Wege ins Dritte Reich Teil II. Stuttgart, New York: Thieme
- Beddies, T. (2002). Die Heil- und Pflegeanstalt Meseritz-Obrawalde im Dritten Reich. In: Hübener, H. (Hrsg.): Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit. Berlin: be.bra verlag GmbH. S. 231-258
- Binding, K. & Hoche, A. (1920). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Meiner
- Bischoff, C. (1986). Hat die »Patientenorientierte Pflege« Durchsetzungschancen? Abgerufen am: 30.05.2015, von http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band11_Kapitel10_Bischoff.pdf, S. 97-114
- Bischoff, C. (1994). Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. (2., überarb. und erw. Neuausg.). Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Blüm, N. (1995). Deutscher Bundestag Plenarprotokoll 13/52 vom 07.09.1995. Abgerufen am 01.06.2015, von <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/13/043/13052043.73>, o. S.
- Breiding, B. (1998). Die Braunen Schwestern. Ideologie-Struktur-Funktion einer nationalsozialistischen Elite. Stuttgart: Franz Steiner Verlag
- Brockhaus' Konversations-Lexikon (1934). Der Große Brockhaus. Handbuch des Wissens in zwanzig Bänden. (Bd. 19) (15., völlig neuüberarb. Aufl.). Leipzig: F.A. Brockhaus.
- Budnik, B. (2005). Pflegeplanung leicht gemacht. Für die Gesundheits- und Krankenpflege. (5. Aufl.). München: Elsevier GmbH
- Cassier-Woidassky, A.-K. (2007). Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Christiansen & Eckardt & Engel & Ernst & Kresiment & v. Kutschera-Aichbergen & Lehmkuhl & Loebes & Müller & Ottow & Prüfer & Stahl & Torner (1943). Krankenpflegelehrbuch. (15., neu bearb. und erw. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag

-
- Diaz-Bone, R. (2006). Zur Methodologisierung der Foucaultschen Diskursanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, Vol. 7, No. 1, Art. 6. Abgerufen am: 15.04.2015, von <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-A0mhrfLbUEJ:www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/71/146+&cd=3&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=safari>, S. 1-29
- Dörner, K. (2007). Tödliches Mitleid. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hrsg.): Tödliches Mitleid. NS-„Euthanasie“ und Gegenwart. Münster: Verlag Klemm & Oelschläger, S. 167-176
- Duden (2015). Suchwort: Gnade. Abgerufen am 27.05.2015, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gnade>
- Duesterberg, D. (1996). Pflege im Zweiten Weltkrieg. In: Steppe, H. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. (8. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 119-134
- Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung (2006). Bemerkungen zur Durchführung von Diskursanalysen. Abgerufen am: 28.05.2015, von http://www.dissduisburg.de/Internetbibliothek/Artikel/Durchfuehrung_Diskursanalyse.htm, o. S.
- Ehrhard, H. (1965). Euthanasie und Vernichtung »lebensunwerten« Lebens. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Elkeles, T. (1990). Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Eilts-Köchlin, K. & Heinze, C. & Schattner, P. & Voß, M. & Dassen, T. (2000). Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. In: Pflege 13/1 (2000), S. 42-46
- Ethik (2013). Dorsch. Lexikon der Psychologie. (16. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber
- Ewert, S., Holzheimer, G., Müller, M., Seidl, N. (2001). Kriterien für die Auswahl der PatientInnen/Opfer. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 21-24
- Ewert, S. & Holzheimer, G. & Müller, M. & Seidl, N. (2001). Biographie der angeklagten Pflegerinnen in Meseritz-Obrawalde. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 51-54
- Ewert, S., Holzheimer, G., Müller, M., Seidl, N. (2001). Erleben und Gefühle der angeklagten Pflegerinnen in Meseritz-Obrawalde. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 55-64
- Ewert, S., Holzheimer, G., Müller, M., Seidl, N. (2001). Rechtssicherheit der Pflegenden in Bezug auf ihr Handeln. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 65-68
- Fischer, M. (1984). Geschichte der Krankenpflege. Versuch einer kritischen Aufarbeitung. Berlin: Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum Gesundheitsladen e. V.
-

-
- Föcking, F. (2007). Fürsorge im Wirtschaftsboom. Die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Fouchault, M. (2003). Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Gaida, U. (2006). Zwischen Pflegen und Töten. Krankenschwestern im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Gerlach, A. (2012). Professionelle Identität in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Goergen, K. (2010). Zugänge zur Ethik. Allgemeine und angewandte Ethik im Überblick. Berlin: Lit Verlag
- Görtemaker, M. & Safferling, C. (2013). Einleitung. In: Görtemaker, M. & Safferling, C. (Hrsg.): Die Rosenberg. Das Bundesministerium der Justiz und die NSVergangenheit - eine Bestandsaufnahme. (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 1-23
- Götz, A. (1987). »Die Aktion T4«. Modell des Massenmordes. In: Götz, A. (Hrsg.): Aktion T4. 1939-1945: Die »Euthanasie«-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin: Edition Hentrich Berlin, S. 18
- Götz, A. (1987). Die »Aktion Brandt«. Bombenkrieg, Bettenbedarf und »Euthanasie«. In: Götz, A. (Hrsg.): Aktion T4 1939-1945. Die »Euthanasie«-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin: Edition Hentrich Berlin, S. 168-179
- Härtel, C. (1989). Transporte in den Tod. In: Arbeitsgruppe zur Erforschung der Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (Hrsg.): Totgeschwiegen 1933-1945. (2. Aufl.). Berlin: Edition Hentrich Berlin, S. 191-206
- Hammerschmidt, P. (1999). Die Wohlfahrtsverbände im NS-Staat. Die NSV und die konventionellen Verbände Caritas und Innere Mission im Gefüge der Wohlfahrtspflege des Nationalsozialismus. Obladen: Lese + Budrich
- Hansen, E. (1991). Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Motivation, Konflikte und Machtstrukturen im »Sozialismus der Tat« des Dritten Reiches. Augsburg: Maro Verlag
- Hecker, H. (2004). Abtreibung im NS-Staat. Einblicke in die Geschichte deutscher Abtreibungsgesetzgebung. In: Lebensforum 3/2004, S. 14-15
- Herbst, L. (1996). Das nationalsozialistische Deutschland. 1933-1945. Die Entfesselung der Gewalt: Rassismus und Krieg. (Erstausgabe). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Hofmann, I. (1996). Aufgaben einer Pflegeethik und - als Beispiel - Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken/sterbenden Menschen. In: Körner, U. (Hrsg.): Berliner Medizinische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin. (Heft 9). Dortmund: HUMANITAS Verlag
- Honecker, M. (1995). Grundriss der Sozialethik. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Ilgner, M. (2005). Gruppe und Gruppenzusammenhang. Eine Untersuchung im Rahmen der Social Choice Theorie. München: m-Verlag
- International Council of Nurses (2014). Definition of Nursing. Abgerufen am: 10.05.2015, von <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>, o. S.
- Jäckel, E. (1981). Hitlers Weltanschauung. Entwurf einer Herrschaft. (2. Aufl.). Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt GmbH
-

-
- Kaminsky, U. (2007). Die NS-„Euthanasie“. Ein Forschungsüberblick. In: Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hrsg.): Tödliches Mitleid. NS-„Euthanasie“ und Gegenwart. Münster: Klemm & Oelschläger, S. 15-46
- Keßler, S. (2001). Der Status der PatientInnen in Meseritz-Obrawalde unter den Gesichtspunkten der Dignosestellung. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“. Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 25-42
- Klee, E. (1985). Dokumente zur »Euthanasie«. (Originalausgabe). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- Klee, E. (2010). »Euthanasie« im Dritten Reich. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. (vollst. überarb. Neuausgabe). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH
- Klich, C. & Steppe, H. (1995). Zeittafel Krankenpflege. 1933-1944. In: Steppe, H. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. (8. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 13-32
- Klier, G. (1978). Gewissensfreiheit und Psychologie. Der Beitrag der Psychologie zur Normbereichsanalyse des Grundrechts der Gewissensfreiheit. Berlin: Duncker & Humblot
- Kompisch, K. (2008). Täterinnen. Frauen im Nationalsozialismus. (2. Aufl.). Köln,Weimar,Wien: Böhlau Verlag GmbH & Cie
- Kruse, A.-P. (1995). Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts. (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer
- Lehnert, E. (2003). Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an der Bildung und Umsetzung der Kategorie „minderwertig“ im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Leonhardt-Braun, U. (1996). Zeitzeugin Katharina Hammel. In: Steppe, H. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. (8. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 117-118
- Livi, M. (2009). Die Bedeutung der Kategorie Geschlecht für die Bewertung politischer Rollen im NS-System: Der Fall der Entnazifizierung von Gertrud Scholtz-Klink. In: Fritsch, E. & Herkommer, C. (Hrsg.): Nationalsozialismus und Geschlecht. Zur Politisierung und Ästhetisierung von Körper, ‚Rasse‘ und Sexualität im ‚Dritten Reich‘ und nach 1945. Bielefeld: transcript, S. 327-337
- Löhr-Stankowski, J. (2001). PatientInnenbeschreibung aus der Sicht der Pflegenden. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“. Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 33-43
- Möller, U. & Hesselbarth, U. (1994). Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hintergründe, Analysen, Perspektiven. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Nerheim, H. (2001). Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigmata, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Bern: Verlag Hans Huber
- Panke-Kochinke, B. & Schaidhammer-Placke, M. (2002). „Frontschwester und Friedensengel“. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg. Ein Quellen- und Fotoband. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Projektgruppe „Volk und Gesundheit“ (Hrsg.) (Beiträge von: Beutelspacher, M. &

-
- Brändle, H.-U. & Eberhardt, A. et al.) (1982). Volk und Gesundheit. Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Tübingen, Schloss: Tübinger Vereinigung für Volkskunde e. V., S. 101
- Prüfer, A. (1997). Vom Liebesdienst zur Profession?. Krankenpflege als weiblicher Beruf 1918-1933. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Rabe, M. (2009). Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Verlag Hans Huber
- Rehbock, T. (2005). Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns. Paderborn: mentis
- Reichsausschuß für Volksgesundheit (Hrsg.) (1937). Krankenpflegelehrbuch. (11., völlig neu überarb. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag
- Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst (Hrsg.) (1938). Krankenpflegelehrbuch. (12., neu bearb. u. erw. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag
- Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst (Hrsg.) (1939). Krankenpflegelehrbuch. (13., neu bearb. und erw. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag
- Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst (Hrsg.) (1941). Krankenpflegelehrbuch. (14., neu bearb. u. erw. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag
- Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst (Hrsg.) (1943). Krankenpflegelehrbuch. (15., neu bearb. und erw. Aufl.). Leipzig: Georg-Thieme Verlag
- RGBl. I Nr. 34 (Reichsgesetzblatt I Nr. 34) (1933). Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 7. April 1933. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1933&page=300&size=45>
- RGBl. I Nr. 37 (Reichsgesetzblatt I Nr. 37) (1933). Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 11. April 1933. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1933&page=320&size=45>
- RGBl. I Nr. 86 (Reichsgesetzblatt I Nr. 86) (1933). Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1933&page=654&size=45>
- RGBl. I Nr. 100 (Reichsgesetzblatt I Nr. 100) (1935). Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre. Vom 15. September 1935. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1935&page=1288&size=45>
- RGBl. I Nr. 114 (Reichsgesetzblatt I Nr. 114) (1935). Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes. (Ehegesundheitsgesetz). Vom 18. Oktober 1935. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1935&page=1388&size=45>
- RGBl. I Nr. 121 (Reichsgesetzblatt I Nr. 121) (1941). Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflegeanstalten. Vom 23. Oktober 1941. Abgerufen am: 27.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1941&page=681&size=45>
- RGBl. I Nr. 133 (Reichsgesetzblatt I Nr. 133) (1933). Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung. Vom 24. November 1933. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1933&page=1120&size=45>
-

RGBl. I Nr. 154 (Reichsgesetzblatt I Nr. 154) (1938). Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege. Vom 28. September 1938. Abgerufen am: 01.04.2015, von <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?apm=0&aid=dra&datum=19380004&seite=00001309&zoom=2>

Rother (Justizsekretär) (1965). Prozessprotokoll. unter: Aktenzeichen 112 Ks 2/64 – IV 52/63

Rother (Justizsekretär) (1965). Urteilsbegründung. unter: Aktenzeichen 112 Ks 2/64 - IV 52/63

Rübenstahl, M. (1994). »Wilde Schwestern«. Krankenpflegereform um 1900. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Schädle-Deiniger, H. (2001). Vorwort. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“. Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 7-16

Schiemann, D. & Moers, M. (2014). Expertenstandards in der Pflege. In: Schiemann, D. & Moers, M. & Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer, S. 27-46

Schmidbaur, M. (2002). Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer Verlag

Schnabl, C. (2002). Feministische Ethik: Profil und Herausforderungen. In: Salzburger Theologische Zeitschrift, 6. Jg./Heft 2 (2002), Abgerufen am: 27.05.2015, von https://www.sbg.ac.at/sathz/2002-2/sathz-2002-2-09_schnabl.pdf, S. 269-282

Schnabl, C. (2005). Gerecht sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge. Freiburg, Wien: Verlag Herder

Schopp, A. & Dassen, T. & Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. & Gasull, M. & Lemonidou, C. & P. Scott, A. & Arndt, M. (2004). Autonomie und informierte Zustimmung in der Pflege chirurgischer Patienten aus Sicht von Patienten und Pflegenden. In: Pflege 17,3, S. 155-164

Schweidtmann, W. (1997). Berufsethik und Identität - auf dem Hintergrund einer Rollendefinition der Krankenpflege. In: Pflege 10,1, S. 4-9

Schweikardt, C. (2009). Zur Popularisierung nationalsozialistischer Erb- und Rassenlehren in den amtlichen Krankenpflegelehrbüchern zwischen 1933 und 1945. In: Westermann, S. & Kühl, R. & Groß, D. (Hrsg.): Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“. Münster: LIT Verlag, S. 127-141

Scriba, A. (2014). Das Winterhilfswerk (WHW). Abgerufen am: 03.05.2015, von <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime/ns-organisationen/winterhilfswerk.html>, o. S.

Spahn, C. (2001). Der Umgang mit Verantwortung von den Pflegenden in Meseritz-Obrawalde. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“. Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 71-88

Steppe, H. (1993). Krankenpflege im Nationalsozialismus (7. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Steppe, H. (1996). Krankenpflege im Nationalsozialismus (8. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Steppe, H. (1997). »... Den Kranken zum Troste und dem Judentum zur Ehre...«. Zur Geschichte der jüdischen Krankenpflege in Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Steppe, H. & Billinger-Salathé, W. (2001). In den Trümmern des Dritten Reiches. In: Steppe, H. (Hrsg.): Krankenpflege im Nationalsozialismus. (9. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 207-28

-
- Steppe, H. (2013). *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. (10., aktualisierte und erw. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Valentin, T. (2001). Verschiedene Ebenen von Verantwortung. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrwalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 89-98
- Walter, C. (2001). Die Anstalt Meseritz-Obrwalde. In: Steppe, H. & Ulmer, E.-M. (Hrsg.): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin.“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrwalde. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 19
- Weingart, P. & Kroll, J. & Bayertz, K. (1996). *Rasse, Blut und Gene - Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Weisbrod-Frey, H. (1996). Krankenpflegeausbildung im Dritten Reich. In: Steppe, H. (Hrsg.): *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. (8. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 87-116
- Wettreck, R. (2001). „Am Bett ist alles anders“. Perspektiven professioneller Pflegeethik. Münster: LIT Verlag
- Wilke, K. (2000). NS-Prozesse und politische Kultur in der Bundesrepublik der 1960er-Jahre. Abgerufen am: 11.05.2015, von <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/index.asp?id=2014&view=pdf&pn=tagungsberichte>, S. 1
- Winter, M. (2005). *Die ersten Pflegeakademiker in Deutschland*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Wolff, H.-P. & Wolff, J. (1994). *Geschichte der Krankenpflege*. Eberswalde: RECOMVerlag
- Vns. I Erdmann (Vernehmungsniederschrift I) (1961). Luise Minna Mathilde Erdmann. In: Bayerisches Landeskriminalamt IIIa/Sk
- Vns. I Gastler (Vernehmungsniederschrift I) (1961). Anna Gastler. In: Bayerisches Landeskriminalamt IIIa/Sk
- Vns. II Erdmann (Vernehmungsniederschrift II) (1961). Luise Minna Mathilde Erdmann. In: Bayerisches Landeskriminalamt IIIa/Sk
- Vns. II Gastler (Vernehmungsniederschrift II) (1961). Anna Gastler. In: Bayerisches Landeskriminalamt IIIa/Sk